Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

ZUR PROGNOSE DER KINDLICHEN UND PRÄPUBERALEN SCHIZOPHRENIE – BEURTEILT NACH DEM GRAD DER SOZIALREMISSION

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard–Karls–Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
SUSANNE ELFRIEDE WAGNER
aus Neuenstadt/Kocher

1978

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536516_0075

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

ZUR PROGNOSE DER KINDLICHEN UND PRÄPUBERALEN SCHIZOPHRENIE – BEURTEILT NACH DEM GRAD DER SOZIALREMISSION

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard–Karls–Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
SUSANNE ELFRIEDE WAGNER
aus Neuenstadt/Kocher

1978

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H.–E. Hoffmeister
1. Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter: Professor Dr. W. Spiel

Gedruckt bei Fa. H.–J. Köhler, Reprografischer Betrieb, Neue Straße 11, 7400 Tübingen

Meinen Eltern

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

A. 1. Einleitung 1
2. Schrifttum 2
3. Krankengut 6
4. Methodik 7
5. Katamnestische Frist 10
6. Aufgliederung der Fälle 11
7. Fallbeschreibungen 14

B. 1. Erkrankungsalter 64
2. Geschlecht 68
3. Besonderheiten des Verlaufs 69
3.1. Beginn der Psychose 69
3.2. Anzahl der Episoden 71
3.3. Dauer des 1. Aufenthaltes 74
3.4. Intervall zwischen dem 1. und dem 2. Aufenthalt 74
3.5. Ausbildung von Defekten 76
4. Körperlicher Befund 76
5. Verlauf der körperlichen Entwicklung 78
6. Prämorbide Persönlichkeitsstruktur 79
7. Intelligenz und Schulbildung 82
8. Familiäre Belastung 88
9. Soziale Verhältnisse 92
9.1. Berufliche Stellung der Eltern 92
9.2. Familiensituation 93
10. Stellung in der Geschwisterreihe 96
11. Auslösende Faktoren 98
12. Psychopathologische Symptome 101
13. Therapie 115
14. Zustand nach Kliniksentlassung 116
15. Zusammenfassung 121
16. Literaturverzeichnis 124

A. 1. EINLEITUNG

Die Seltenheit der Manifestation der Schizophrenie vor dem 15. Lebensjahr erschwert systematische Studien zur Klärung des Krankheitsbildes. Eine Therapie setzt jedoch die Früherkennung der krankheitsspezifischen Symptome voraus, um rechtzeitig therapeutische Maßnahmen ergreifen zu können. Wichtig für eine erfolgreiche Therapie wie auch für die spätere Rehabilitation ist auch das Wissen um die prognostische Bedeutung der einzelnen Symptome.
Darüberhinaus ist es aber auch von Bedeutung zu wissen, ob es bereits zu Beginn der Erkrankung faßbare Faktoren gibt, die eine prognostische Aussage über den Verlauf der Erkrankung zulassen, aufgrund derer man eine spezifische Therapie aufbauen kann und, falls ein ungünstiger Verlauf zu erwarten ist, ein entsprechend intensives Rehabilitationsprogramm einleiten kann.
Auf Anregung von Prof. SPIEL, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Neurologie für Kinder und Jugendliche der Universitätsklinik Wien, wurden daher bei 26 behandelten Kindern katamnestische Untersuchungen durchgeführt. Unter dem Aspekt der bis dahin erreichten Sozialremission soll untersucht werden, ob es vor und bei Beginn der Manifestation der Erkrankung solche Daten gibt, die eine prognostische Aussage bezüglich des Verlaufs zulassen.
Es soll zunächst die Symptomatologie und der Verlauf der einzelnen Fälle geschildert werden, um dann anhand dieser Daten näher auf einzelne Aspekte einzugehen und Vergleiche zwischen den verschiedenen Verlaufsformen anzustellen.

2. SCHRIFTTUM

Bereits 1843 wurde von FRIEDRICH, 1845 von GRIESINGER über kindliche Geisteskrankheiten berichtet. MAUDSLEY meinte 1867, daß alle Psychoseformen des Erwachsenenalters im Kindesalter vorkommen können, während EMMINGHAUS in seiner monographischen Darstellung über "psychische Störungen" des Kindesalters" die Meinung vertrat, daß nur gewisse Formen der Geisteskrankheiten im Kindesalter denkbar sind.

KRAEPELIN prägte in den 90iger Jahren des letzten Jahrhunderts den Begriff der "Dementia praecox" für eine "Reihe von Zustandsbildern, deren gemeinsames Kennzeichen eine eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhanges der psychischen Persönlichkeit mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens" bildete, ohne hierfür körperliche Ursachen aufzuweisen.
In der Monographie von E. BLEULER über "Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenie" (1911) wurde der heutige Begriff der Schizophrenie (=Spaltungsirresein) geprägt.
1937 ordnete LUTZ unter Verwendung des Schizophreniebegriffs von E. Bleuler die bis dahin veröffentlichte Kasuistik infantiler Schizophrenien in seiner Monographie über "Schizophrenie im Kindesalter" (1937). Auf dieser umfassenden Darstellung der kindlichen Schizophrenie basiert die nachfolgende Literatur.
LUTZ Verdienst ist es auch, die von der jeweiligen Entwicklungsphase abhängige symptomatische Ausgestaltung der Schizophrenie im Kindesalter ausführlich beschrieben zu haben. LUTZ (1937) wies darauf hin, daß die kindliche Psychoseformen vom Kinde ausgehend betrachtet werden müssen und nicht, wie bis dahin üblich, vom Erwachsenen.
In den folgenden Jahren erschien eine Fülle von Arbeiten über die Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter. Neben den wichtigen Studien der psychopathologischen Ausgestaltung und des Verlaufs (CORBOZ 1959, EGGERS 1973, KOTHE 1957, van KREVELEN, LEMPP 1973, LUTZ 1964, SPIEL 1961,

1967, STUTTE 1959, SUCHAREWA 1932, TRAMER 1949, VILLINGER 1959, WIECK 1965) fanden in den letzten Jahren zahlreiche Untersuchungen zur Ergründung der Ätiologie der Schizophrenie statt. Neben erbgenetischen Faktoren fanden in zunehmendem Maße auch sozialpsychiatrische Faktoren Bedeutung.

Durch Untersuchungen an monozygoten und heterozygoten Zwillingen (TIENARI 1963, KRINGLEN 1963, POLLIN et al. 1966, GOTTESMAN u. SHIELDS 1966) konnte nachgewiesen werden, daß u.a. genetischen Faktoren eine Bedeutung bei der Entstehung einer Schizophrenie zukommt: Die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen lag signifikant höher als bei zweieiigen. Andererseits zeigt die Konkordanzrate für Schizophrenie von 30 bis 40 % bei eineiigen Zwillingen auch, wie wichtig außer den genetischen Faktoren die Umweltfaktoren sind. TIENARI (1963) berichtete, daß in seiner Gruppe von 12 Paaren in jedem Fall der körperlich und psychologisch schwächere Zwilling eine Schizophrenie bekam, was für eine psychogenetische wie auch organische Ätiologie spricht.

POLLIN et al. (1966) fanden bei einer Gruppe von 11 eineiigen, diskordanten Zwillingen, daß die registrierten kranken Zwillinge alle bei der Geburt kleiner und 8 von 11 als zweiter Zwilling geboren worden waren. 6 von 7 sicher schizophrenen Kindern hatten eine intensivere und ambivalente Mutterbeziehung, und es fand sich ein deutliches Übergewicht von stressreichen Ereignissen im Leben des kranken Zwillings. Außerdem waren die erkrankten Zwillinge immer ängstlicher und von Kindheit an emotional labil.

Die Autoren schließen daraus, daß ein Faktor bei der Entwicklung der Schizophrenie in einer intrauterinen Schädigung oder mangelhaften Ernährung und / oder einer Zyanose bei der Geburt bestehen kann (SMYTHIES).

Aufgrund der Ergebnisse aus den verschiedenen Untersuchungen zur Genetik der Schizophrenie wurde u.a. geschlossen,

daß ein Komplex von Faktoren, wie intrauterine Unterernährung und spezifische psychologische Wechselwirkungen, das latente genotypische Potential in den schizophrenen Phänotypus umwandeln.
Die Bedeutung der intrafamiliären Beziehungen für die Entstehung der Schizophrenie untersuchten in den letzten Jahren Forschungsgruppen vor allem in Amerika.
Die Gruppe um BATESON (1974) konzentrierte sich auf die Beziehung zwischen Eltern (vorwiegend der Mutter) und Kind. Sie formulierten die "double bind"-Hypothese: Diese besagt, daß das später erkrankende Individuum das "Opfer" einer Doppelbindung ist, die dadurch entsteht, daß primär ein negatives Gebot ausgesprochen wird und zusätzlich ein sekundäres Gebot, das mit dem ersteren auf einer abstrakteren Ebene in Konflikt gerät und wie das erste durch Strafe oder Signale (z.B. Androhung eines Liebesentzugs) durchgesetzt wird, die für das "Opfer" existentiell bedrohend sind. Gleichzeitig besteht ein tertiäres negatives Gebot, das dem "Opfer" unmöglich macht, sich aus dieser "Beziehungsfalle" zurückzuziehen.

Ein Kind, daß sich ständig in einer solchen double-bind - Situation befindet, in der es regelmäßig sich einander widersprechenden Informationen ausgesetzt ist, wird nicht in der Lage sein, die für eine Kommunikation geltenden Signale zu erlernen. Es wird folglich auch keine Übung darin bekommen, zu bestimmen, was andere wirklich meinen, noch wird es fähig sein, das auszudrücken, was es selbst wirklich meint, was für eine normale Beziehung unbedingt notwendig ist.
LIDZ et al. gelangten aufgrund ihrer Familienforschungen zu der Hypothese von der Strukturverschiebung bzw. der Spaltung in der Elternehe schizophrener Kinder. Die Strukturverschiebung fand durch das Dominieren eines schwer psychopathologisch auffälligen Partners statt, wodurch die Kinder in einer völlig irrationalen Welt aufwuchsen, die die Entwicklung einer Identifikation nicht erlaubte. In

den durch Spaltung charakterisierten Ehen, lebten die Eltern in einer Art "emotionaler Scheidung",wodurch es für das Kind unmöglich war, den einen Elter als Identifikationsvorbild und Liebesobjekt zu wählen ohne in Gegensatz zum anderen Elter zu gelangen.
WYNNE et al. prägten den Begriff der "Pseudo - Gemeinschaft" für die Familienbeziehungen von Schizophrenen. Die Struktur der Familie ist gekennzeichnet durch eine Unveränderbarkeit der Rolle eines jeden einzelnen, die durch die von allen Mitgliedern geteilte Familienkonzeption festgelegt ist. Jeder Versuch, diese starr festgelegte Rolle zu modifizieren oder zu erweitern (wie es aufgrund von Reifung und Erfahrung des einzelnen im Lauf der Zeit zwangsläufig geschehen muß) wird unterdrückt. Dadurch wird eine Identitätsentwicklung gehemmt oder gar unmöglich gemacht.
Lauretta BENDER (1958) sieht die mangelnde Ich-Ausreifung organisch begründet in einer Störung der Entwicklung der Integration zentralnervöser Apparate. Allerdings betont L. BENDER (1958) in ihrer Diskussion über die Genese der kindlichen Schizophrenie, daß der Begriff Schizophrenie im Kindesalter nicht gleichbedeutend sei mit Psychose. Insofern bedeutet dies eine Ausweitung des Schizophreniebegriffs wie er von den europäischen Kinderpsychiatern gebraucht wird, die sich größtenteils auf die Definition der Schizophrenie nach LUTZ, STUTTE, TRAMER und VILLINGER beziehen, der wiederum der Schizophreniebegriff von BLEULER zugrunde liegt.
H.L. MOSSE, die in Amerika 60 Kinder (zwischen 3 - 14 Jahren) nachuntersuchte, die unter der Diagnose Schizophrenie mit E-Schocks behandelt wurden, konnte in keinem Fall die Diagnose 'Schizophrenie' bestätigen. Aufgrund dieser Ergebnisse warnt sie eindringlich vor einem Mißbrauch der Diagnose Schizophrenie im Kindesalter, da auch die soziale Bedeutung einer derartig belastenden Diagnose nicht übersehen werden darf, worauf STRUNK (1974) eindringlich hinweist.

Die von LEMPP (1973) formulierte Theorie der Schizophrenie steht sowohl in erbbiologischer wie auch in organischer und psychopathologischer Hinsicht mit den bisherigen Schizophrenieerfahrungen in Einklang.
Nach dieser Theorie von LEMPP beruht die Schizophrenie auf einer "anlagebedingten oder in der Regel frühkindlich erworbenen, fehlenden oder mangelhaften Fähigkeit zum Aufbau und Erwerb einer stabilen Realitätsbeziehung. Diese mangelhafte oder fehlende Fähigkeit ist eine organisch begründete Teilleistungsschwäche mit Aufhebung oder Verminderung der Fähigkeit, akustisch, optisch oder taktil aufgenommene Reize optimal zu differenzieren, auf ihre wesentlichen Merkmale zu reduzieren, zu kodieren, zu assoziieren, zu dekodieren und zu reproduzieren." Durch eine derartige Teilleistungsstörung und Teilerfassungsstörung ergibt sich eine veränderte Realitätserfassung. "Der Bezug zu der "gemeinsamen Realität" ist durch diese geringfügige Änderung des Fassungsvermögens labiler und weniger fest verankert". "Auf Grund späterer Belastungen verschiedenster Art kann es dann zur Dekompensation und sekundärem Verlust dieses Realitätsbezuges kommen."

3. KRANKENGUT

Für die vorliegende Arbeit wurde aus dem Krankengut der Klinik für Psychiatrie und Neurologie für Kinder und Jugendliche der Universitätsklinik Wien die Fälle ausgewählt, die seit Bestehen der Abteilung im Jahre 1950 bis 1968 stationär unter der Diagnose "Schizophrenie" behandelt wurden. Es fanden sich insgesamt 30 Kinder, im Alter zwischen 8 und 15 Jahren. Es konnten 20 der ehemaligen Patienten persönlich aufgesucht werden und in einem Fall die Angehörigen. In fünf Fällen konnten katamnestische Daten durch die Einsichtnahme in Krankenblätter anderer Psychiatrischer Kliniken erhalten werden, in denen sich diese Patienten noch aufhal-

ten bzw. bis zu ihrem Tod (in zwei Fällen) aufhielten. Bei den übrigen vier ehemaligen Patienten war eine Kontaktaufnahme nicht möglich gewesen, in einem Fall wurde ein Gespräch durch die Angehörigen der Patientin verhindert.
Aufgrund der katamnestischen Daten mußte in fünf Fällen die damals gestellte Diagnose revidiert werden. In zwei Fällen handelte es sich um einmalige, völlig defektfrei abklingende Persönlichkeitskrisen. Bei einem Kind handelte es sich um ein organisches Psychosyndrom bei frühkindlichem Hirnschaden (Geburtstrauma) mit vorübergehender, schizophren anmutender Symptomatik. In zwei Fällen müssen die damals als Hebephrenien imponierenden Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der fehlenden Prozeßhaftigkeit den passageren Pubertäts- und Adolszenzkrisen bzw. bleibenden Charakterveränderungen im Sinne eines Heboids (KAHLBAUM) bzw. einer Parathymie (MEGGENDORFER) zugeordnet werden.

4. METHODIK

Es wurden zunächst die Patienten angeschrieben und über den Grund der Kontaktaufnahme aufgeklärt. Sie wurden darum gebeten, sich wegen eines Gesprächstermins mit der Klinik in Verbindung zu setzen. Dieser erste Versuch der Kontaktaufnahme scheiterte, es meldete sich nur ein Angehöriger eines früheren Patienten. Es wurde dazu übergegangen, den Patienten einen Besuch in ihrer Wohnung vorzuschlagen,um ihnen den Weg in die Klinik zu ersparen und ihnen damit die Zustimmung zu einem Gespräch zu erleichtern, was für einen großen Teil der ehemaligen Patienten einer Psychiatrischen Anstalt gewisse Schwierigkeiten bereitet, da der frühere Kliniksaufenthalt für sie ein Punkt in ihrem Leben bedeutet, der sie belastet und an den sie nicht gerne gerührt haben. Dem Schreiben wurden Antwort-

karten beigelegt, wo nur noch das genaue Datum eingetragen werden mußte. Zusätzlich war auf der Karte noch Raum für eigene Bemerkungen ausgespart, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich zu der Nachuntersuchung zu äussern. Auf diese Weise konnten von der Hälfte der angeschriebenen Patienten die Zustimmung zur Nachuntersuchung erhalten werden. Sechs Patienten wurden in einem Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien exploriert, wo sie zur Zeit der Nachuntersuchung in stationärer Behandlung standen. Ein Teil der Patienten, die sich auf das Schreiben nicht gemeldet hatten, wurden ohne nochmalige Vorankündigung, zum Teil mehrere Male vergeblich, aufgesucht. Auf diese Weise konnten die meisten von ihnen schließlich doch noch für ein Gespräch gewonnen werden.

Der Umstand, daß die Nachuntersuchungen zum größten Teil im häuslichen Milieu durchgeführt wurden, ermöglichte zum einen eine Beurteilung des Lebensraumes und der Atmosphäre, die der frühere Patient um sich geschaffen hat. Zum anderen konnte in dieser für den Patienten gewohnten Umgebung die Nachuntersuchung in der Form eines ungezwungeneren Gesprächs geführt werden.

Anhand der vorliegenden Daten aus den früheren Krankengeschichten wurden die einzelnen Gespräche individuell vorbereitet. Es wurde versucht, zunächst mit dem Patienten über ein neutrales Thema ins Gespräch zu kommen, um ihm die Möglichkeit zu geben, sich etwas an die Person des Untersuchers und die damit verbundene Situation zu gewöhnen. Es wurde dann allmählich gezielter auf die zu erfassenden Daten eingegangen, wobei immer versucht wurde, die Form des Gesprächs zu wahren und nicht in ein Frage - Antwort - System zu verfallen. Während der Exploration wurden nur spärlich Notizen als Gedächtnisstütze gemacht, um den Patienten nicht zu verunsichern und eine möglichst ungezwungene Atmosphäre zu schaffen. Ein ausführliches Protokoll wurde sofort nach der Exploration angefertigt. Die Dauer der Gespräche betrug zwischen 1 und 3 Stunden. Im Rahmen der Exploration wurde nach dem Ergehen des Patienten und detailliert nach biographischen Daten seit dem

Kliniksaufenthalt gefragt. Eine nochmalige Erhebung der Familien- und Eigenanamnese zur Ergänzung der vorliegenden Krankenblättern war in den meisten Fällen aufgrund von Gedächtnislücken der Patienten unergiebig.
Es wurde zunächst nach der Schulausbildung, dem Schulabschluß und dem weiteren Berufsweg (Lehre, vollständiger Abschluß einer Berufsausbildung, Berufswechsel, Wechsel der Arbeitsstelle) gefragt. Von Interesse war, das ursprüngliche Berufsziel und den erreichten Beruf einander gegenüber zu stellen bzw. Vergleiche zu ziehen zwischen der Schulausbildung und dem heutigen Beruf, um damit objektive Daten über das Leistungsvermögen des ehemaligen Patienten zu erhalten. Weitere Fragen richteten sich nach der Arbeitsfähigkeit, der Belastungsfähigkeit durch neue Aufgaben und nach der Ausdauer bei der Arbeit. Weiter wurde gefragt nach Kontakten mit Arbeitskollegen und nach Kontakten zu Menschen außerhalb der Arbeitsstelle. Wichtig in Erfahrung zu bringen war das Verhältnis zu den eigenen Familienangehörigen (Eltern, Geschwister bzw. Ehepartner und Kinder), die Art und Weise des Zusammenlebens mit der Familie und welche Position der Patient innerhalb der Familie einnahm.
Dadurch, daß der Untersucher die Situation selbst etwas mitbeurteilen konnte war eine gewisse Objektivierung der Angaben des Patienten möglich.
Es wurde außerdem versucht näheres zu erfahren über die Stimmungslage des Patienten (Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Affektlabilität) und über die Mitteilungsfähigkeit des Patienten (z.B. ob Probleme mit anderen Menschen besprochen werden). Auch hier ergänzten zum Teil Angaben der Angehörigen die erhaltenen Antworten.
Fragen nach Lieblings- und Freizeitbeschäftigung sowie nach Zukunftsplänen sollten Aufschluß geben über die Aktivität des Patienten, seine Interessen, die Art der Durchsetzung dieser Interessen, sowie über seine Entschlußfähigkeit und seine Konzentrationsfähigkeit (Zeitungslesen, Bücherlesen, schwierigere Bastelarbeiten).

Schließlich wurde der Patient um eine eigene Stellungnahme zu dem damaligen Krankheitsgeschehen gebeten.
Während des Gesprächs wurde noch besonders auf die Art und Weise der Teilnahme des Patienten am Gespräch geachtet: z.B. darauf, ob das Thema häufig von Seiten des Patienten gewechselt bzw. das angesprochene Thema nur oberflächlich behandelt wurde, ob die Gedanken zu Ende geführt wurden und ob der Gedankengang logisch war.

5. KATAMNESTISCHE FRIST

Um Aussagen über die weitere Entwicklung der psychotisch erkrankten Kinder bzw. Jugendlichen machen zu können, wurde eine katamnestische Frist von mindestens fünf Jahren gewählt, nur in einem Ausnahmefall wurde die Krankengeschichte eines Mädchens mitaufgenommen, welches zwei Jahre nach der ersten stationären Aufnahme Suicid beging. Das Intervall zwischen dem ersten Klinikaufenthalt und dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung betrug bei den vorliegenden Fällen zwischen 5 1/2 und 26 Jahren, im Durchschnitt 16,2 Jahre:

Fälle:	Jahre:
1	2
1	5 1/2
2	7
1	8
1	10
1	12
1	14
1	16
1	17
3	18
2	20
3	21
1	22
1	23
1	26
21	16,2 im Durchschnitt

6. AUFGLIEDERUNG DER FÄLLE

Aufgrund der Ergebnisse der Nachuntersuchung wurden die der Arbeit zugrunde liegenden Fälle in 4 Gruppen aufgeteilt, jeweils nach dem Grad der Sozialremission, wobei die Unterschiede zwischen der I. und II. Gruppe und der III. und IV. Gruppe nicht scharf abzugrenzen sind, sondern es sich um graduelle Unterschiede handelt.
Die Aufteilung wurde unter den folgenden Gesichtspunkten vorgenommen:

I. Gruppe: Gute Sozialremission, selbständig, "praktische Ausheilung" (3 männlich, 2 weiblich)
II. Gruppe: Leichte Defekte, bei guter Sozialremission (2 männlich, 1 weiblich)
III. Gruppe: Zuhause, aber sozial nicht eingeordnet (2 männlich, 4 weiblich)
IV. Gruppe: In stationärer Dauerbehandlung, Defektzustand (7 männlich)

I. Gruppe (3 männlich, 2 weiblich)

1. Uneingeschränkt arbeitsfähig, beruflich integriert
2a. Kontaktfähig, bis leichte Kontakteinbuße
 b. Mitteilungsfähig, anderen gegenüber aufgeschlossen bzw. eher verschlossen, zurückhaltend (im Gegensatz zu früher)
3a. Stimmung ausgeglichen, stabil bis leichte krankheitsbedingte passagere Stimmungsschwankungen
 b. Emotional schwingungsfähig bzw. flach ansprechend
4. Unternehmungsfreudig, entschlußfähig, sich durchsetzend
5a. Aufmerksamkeitsspannung erhalten
 b. Auffassungsvermögen erhalten
 c. Keine sonstigen Denkstörungen nachweisbar
6. Sprache unauffällig
7. Belastungsfähig bzw. reagiert auf belastende Situationen mit verstärkter Nervosität, Unsicherheit oder Angst

II. Gruppe (2 männlich, 1 weiblich)

Leichte Defektzeichen, leichte Senkung des energetischen Potentials

1. Beruflich integriert bzw. Arbeitsfähigkeit leicht eingeschränkt.
2. Im Kontakt eingeschränkt, eher verschlossen, zurückhaltend.
3. Passagere Stimmungsschwankungen, emotional flach ansprechend.
4. Eher sich unterordnend, im Antrieb unauffällig bis leicht eingeschränkt.
5. Aufmerksamkeitsspannung und Auffassungsvermögen erhalten bis leicht vermindert, keine groben Denkstörungen nachweisbar.

III. Gruppe (2 männlich, 4 weiblich)

Zuhause, aber sozial nicht eingeordnet

1. Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit aufgehoben.
2. Kontakteinbuße bis zu völligem Kontaktverlust.
3. Ausgeprägte Defektzeichen im Bereich des Antriebs, der Affekte, bzw. des Denkens.

IV. Gruppe (7 männlich)

In stationärer Dauerbehandlung

Wie aus der Aufteilung der Fälle zu ersehen ist, konnten in acht der 21 Fälle (= 38 %) eine "praktische Heilung" (5) bzw. eine gute Sozialremission bei geringgradigen Defekten (3) registriert werden. Somit ist die Anzahl der Verläufe mit gutem Ausgang etwas niedriger als in den Untersuchungen der folgenden Autoren:
Einen prognostisch günstigen Verlauf beobachtete EGGERS (1973) (bei rund 50 % von 57 untersuchten Fällen, in 22 % Vollremission), STUTTE (1959) (57 % Sozial- und Vollremissionen bei 51 Fällen), SPIEL (1967) (50 %; ein Sechstel

der Hundert Fälle "ausgeheilt"), KAESS (11 von 17 völlig unauffällig oder zumindest berufsfähig) und LEMPP, VOGEL (11 von 23 Patienten) sowie LOURIE, PACELLA und PITROWSKI (1957) (in neun von 17 Fällen gute bis befriedigende Sozialremission). Auch L. BENDER (1958) berichtet von einer günstigen Prognose der kindlichen Schizophrenie, jedoch weicht ihr Schizophreniebegriff von dem der zitierten Autoren ab, da für sie die kindliche Schizophrenie nicht gleichbedeutend mit Psychose ist, und sie auch hirnorganisch geschädigte Kinder mit in die Gruppe der kindlichen Schizophrenie aufnimmt.

Dagegen gelangten die folgenden Autoren auf Grund ihrer Verlaufsbeobachtungen zu einer ungünstigeren Prognose der kindlichen Schizophrenie:

ANNELL (1963) (von 43 Patienten waren nur fünf gebessert), HIFT, HIFT und SPIEL (1960) (von 23 nur drei Patienten mit relativ guter Prognose), VAN KREVELEN (a) (alle neun Fälle mit ungünstigem Verlauf), KOTHE (1956) (von zehn Patienten nur drei mit befriedigender Sozialremission). Auch LEMPP (1973) fand nur in 1/3 der Fälle eine Besserung. VON STOCKERT wie auch VRONO und WIECK fanden ebenfalls überwiegend ungünstige Ausgänge der von ihnen untersuchten kindlichen Schizophrenien.

Zu einer absolut ungünstigen Aussage über die Prognose der kindlichen Schizophrenie gelangte BÜRGER-PRINZ (1967), der unter 700 nachuntersuchten endogene Psychosen (davon nur fünf um das 10. Lebensjahr) "keinen Prozeß" fand, "der wieder seine soziale, ihm vorher gemäße Wiederanpassung gefunden hätte".

Die unterschiedlichen prognostischen Aussagen beruhen zum größten Teil jedoch auf den verschiedenen Altersgruppen, die in den genannten Untersuchungen jeweils zahlenmäßig unterschiedlich stark vertreten waren. Über die besonders ungünstige Prognose der frühen Manifestation der Psychose besteht bei allen Autoren Übereinstimmung. SUCHAREWA (b) begründete dies folgendermaßen:

"Der modifizierende Einfluß des Alters auf den Krankheits-

verlauf ist desto größer, je jünger das Kind ist. Die Schwere des Defektes ist auch dadurch bedingt, daß der früh entstehende Prozeß die weitere Entwicklung aufhalten kann. Bei älteren Kindern ist die Gefahr der Entwicklungshemmung gering. Bei der Prognose muß man der Wechselwirkung zweier Tendenzen Rechnung tragen: Der destruktiven, vom Krankheitsprozeß abhängigen und der progressiven, durch die Entwicklung bedingten."

7. FALLBESCHREIBUNGEN

I. Gruppe: gute Sozialremission, "praktische Ausheilung"

Fall I;1: Friedrich Sch. geb. 25.11.32

Katamnestische Frist: 23 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 10.08.51 - 11.10.51

Familienanamnese: Großvater väterlicherseits Suicid im Alter von 72 Jahren (sei "trübsinnig" gewesen), lediger Sohn der Mutter in Anstalt verstorben (angeblich debil gewesen).

Milieu: unauffällig
Patient hat noch 1 Bruder, 4 Schwestern

Eigenanamnese: unauffällige Entwicklung

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: beliebt, guter Schüler

Beginn: akut, im Anschluß an einen grippalen Infekt; 13;8 a

Psychopathologisches Bild: Im Verlauf einer Mandelentzündung mit leichtem Fieber klagte Patient, daß er schwer krank sei und nie mehr gesund würde. Gleichzeitig traten Wahnideen und Beziehungsideen auf ("Die Mutter soll nicht hinausgehen, sonst wird sie erschossen; ein Gesicht schaut beim Fenster herein, die Glocken läuten zu seinem Begräbnis, ein Hund heult, weil er sterben müsse"). Er verweigerte die Nahrung, äußerte Versündigungsideen, litt unter Schlafstörungen. Auf

Station gab er an, Stimmen zu hören, war mutistisch, gespannt, Gedankenablauf verlangsamt und sehr ängstlich. Auffallend war zu Beginn der Behandlung eine Flexibilitas cerea der Gliedmaßen und ein stark maskenhafter Gesichtsausdruck. Nach E-Schock-Therapie vollständiges Abklingen des Zustandsbildes.

Therapie: 8 E-Schocks

Diagnose: Kindliche Psychose, katatones Bild

Weitere Aufenthalte:
04.07.56 - 04.04.57
27.10.60 - 18.04.61
12.01.65 - 02.03.65
16.03.65 - 08.04.65
19.12.65 - 21.09.66
24.11.72 - 09.07.73
21.04.74 -

Weiterer Verlauf:
Für fünf Jahre völlig erscheinungsfrei. Patient absolvierte eine Bäckerlehre und war bis kurz vor der Klinikeinweisung in seinem Beruf tätig. Es folgten bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung sieben akut auftretende Schübe in Abständen von zweimal vier Jahren, drei Monaten, neun Monaten, sieben Jahren und eineinhalb Jahren. Das psychopathologische Bild war jedes Mal von einer vielfältigen Symptomatik geprägt: paranoide Ideen, Vergiftungsideen, Veränderungsgefühle, Beziehungsideen, akustische Halluzinationen mit Störungen im Denken (Zerfahrenheit, Paralogien, Gedankenaufdrängen) und im Affekt (Affektdissoziationen). Er war logorrhoisch, zeigte ein maniriertes Gehabe und im Wechsel ausgeprägt depressive oder manische Verstimmungen. Er litt zeitweise unter starken Angstzuständen mit Vernichtungsgefühlen. Die Episoden klangen bisher ohne Hinterlassung von Defekten aus, so daß der Patient in den erscheinungsfreien Intervallen sich vollkommen gesund fühlte und seiner Arbeit nachgehen konnte.

Kontrolle am 12.08.74

Der letzte akute Schub führte am 21.04.74 zur neuerlichen Klinikeinweisung (Logorrhoe, Zerfahrenheit, Wahnideen, abnorme Enthemmungs- teils Hemmungserscheinungen). Der Patient war zum Zeitpunkt der Kontrolle wieder nahezu erscheinungsfrei, gut angepaßt im Verhalten, ruhig, noch gering dysphorisch. Derzeit keine Schlafstörungen mehr.

Therapie: Dapotum

Epikrise:

Jugendliche Schizophrenie, die im Alter von 14 Jahren akut begann und bisher zu insgesamt sieben weiteren manisch sowie depressiv legierten Krankheitsschüben mit sehr reicher Symptomatik führten, die jeweils ohne Defekte ausheilten.

Fall I;2: Gertrude V. geb. 25.12.1939

Katamnestische Frist: 21 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 11.08.53 - 26.09.53

Familienanamnese: unbekannt

Milieu: Mutter 1950 gestorben; Vater, Maurer, kümmert sich nicht um die Kinder, Stiefmutter wird als lieblos, ohne Verständnis für die Patientin geschildert.
Pat. ist Älteste, 2 jüngere Brüder

Eigenanamnese: Keine Auffälligkeiten bekannt

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: folgsam und brav, durchschnittliche Schülerin

Beginn: akut, 13;8a

Psychopathologisches Bild: Anläßlich einer Schulaufführung sollte sie photographiert werden, klagte der Stiefmutter, daß sie Angst habe, in die Zeitung zu kommen. Seit dieser Zeit verändertes Benehmen. Stellte das Sprechen ein, verweigerte die Nahrung, ließ Harn unter sich und bot das Bild eines negativistischen Stupors.
Nach E-Schock-Block geringgradige Auflockerung. Patientin

blieb zunächst noch kontaktunfähig, bot Denkstörungen (Versanden, Gedankendurcheinanderkommen, Gedankenentgleiten) war antriebsarm, gehemmt, reagierte auf Ansprechen mit diffusem, undifferenziertem Grinsen. Stimmungslage war stark depressiv. Sie äußerte Beziehungsideen und hypochondrische Beschwerden. Sie sprach im Flüsterton, ohne jegliche mimische Beteiligung. Nach weiteren E-Schocks Besserung des Zustandsbildes. Patientin wurde wesentlich freier, gut angepasst entlassen.

Therapie: 9 E-Schocks

Diagnose: Katatonie

Nachuntersuchung (18.09.74)
Auf Rat der Klinik kam Patientin nicht mehr in ihr Milieu zurück, sondern war in mehreren Haushalten als Hausgehilfin tätig. Sie ist seit 1963 verheiratet und hat 2 Söhne, die beide das Gymnasium besuchen. Sie ist bezüglich der Kinder überfürsorglich, konzentriert sich ausschließlich auf die Kinder und gönnt sich selbst überhaupt nichts. Sie besucht regelmäßig Volkshochschulkurse, um ihre Kinder gut zu erziehen und ihnen maximale Hilfestellung bei den Hausaufgaben geben zu können. Sie überfordert offensichtlich die Kinder und es fehlt an Wärme und Einfühlungsvermögen. Sie gibt an, seit ihrer Erkrankung sehr nervös zu sein; sie weint beim geringsten Anlaß. Sie gibt selbst zu, "mit den Nerven ganz fertig zu sein". Sie befürchtet, wieder zu erkranken oder daß eines ihrer Kinder diese Krankheit geerbt haben könnte. Sie weiß allerdings die Diagnose ihrer damaligen Krankheit nicht. Sie fühlt sich von ihrer Umgebung mißverstanden und schlecht behandelt, hat niemanden, dem sie sich anvertraut, auch nicht ihrem Mann. Sie ist grundsätzlich anderen Menschen gegenüber mißtrauisch eingestellt, hat außer zu einer alten Frau im Haus, zu niemandem Kontakt.

Epikrise:
Patientin erkrankte einmalig im Alter von 14 Jahren, wo sie das Bild einer Katatonie bot. Bei der Nachuntersu-

[illegible] Auffälligkeiten im Bereich des [illegible]verhaltens und der Affekte bemerkbar.

Fall I;3: Walter H. geb. 27.07.38

Katamnestische Frist: 21 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 21.05.53 - 22.08.53

Familienanamnese: Mutter 1947 an Schizophrenie erkrankt, eine Schwester der Mutter leidet ebenfalls an einer Schizophrenie, die übrigen vier Geschwister der Mutter seien "nervös".

Milieu: Vater, Hilfsarbeiter, wird als primitive Persönlichkeit mit leicht psychopathischen Zügen geschildert. Mutter 1945 gestorben; seit 1951 Stiefmutter im Haus, welche die "Putzwut" habe.

Eigenanamnese: Unerwünschtes Kind, frühkindliche Entwicklung unauffällig; aufgrund der Krankheit der Mutter häufigen Pflegeplatzwechsel in der Kleinkindzeit.
Patient hat noch einen jüngeren Bruder.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: sehr guter, fleißiger Schüler (Hauptschule A-Zug); habe von jeher lieber alleine gespielt. In der Schule sehr ehrgeizig, still und verschlossen, zuhause sei er überspannt reinlich und putze den ganzen Tag.

Beginn: akut: 14:10 a

Psychopathologisches Bild: Patient vernachlässigte sein Aussehen. Es wurde ein allgemeiner Interessenverlust bemerkbar: in der Schule nannen die Leistungen ab, auch fiel eine vermehrte Unruhe auf, Grübelzwang, erhöhte Lärmempfindlichkeit, unter vielen Menschen verspürte er ein unangenehmes Gefühl. Nach einer Auseinandersetzung mit der Stiefmutter aufgrund seines veränderten Benehmens drohte diese: "Pass auf, daß du nicht verrückt wirst wie Deine Mutter!" und zeigte ihm das Sterilisationsur-

teil aus der N.S. Zeit gegen seine Mutter. Daraufhin entwickelte der Patient massive hypochondrische Ängste. Bei der Aufnahme fiel er durch eine gepresste, leise Stimme, krampfhafte Körperhaltung sowie durch ständiges Grimassieren auf. Er war hochgradig unruhig, nervös, gehemmt und ängstlich, klagte über Schwindelgefühle und Schwitzen in den Händen. Er gab Körperveränderungsgefühle an (er fühle sich manchmal so leicht, daß er meint, er fliege; manchmal sei der Kopf so schwer, wie wenn eine eiserne Kugel drinnen sei). Gelegentlich hörte er in seinem Kopf morsezeichenähnliche Geräusche, meinte, er sei vielleicht ein Radioempfänger.
Die Symptome klangen nach einer Insulinkur ab. Er wurde in noch ängstlichem Zustand entlassen.

Therapie: 10 I-Schocks und Psychotherapie

Diagnose: Kindliche Psychose (1. Schub einer Schizophrenie)

Weitere Aufenthalte:
26.04.56 - 17.05.56
05.11.57 - 30.11.57
12.03.58 - 09.03.59

Weiterer Verlauf:
In der Folgezeit traten gelegentlich noch dysphorische, depressiv gefärbte Verstimmungen auf. Patient absolvierte mit gutem Erfolg eine Schlosserlehre. 1956 trat eine Verschlechterung des Zustandsbildes ein, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machte: Im Vordergrund standen Minderwertigkeitsgefühle (auf körperlichem Gebiet) mit starker Nervosität, Schlafstörungen, Erregungszuständen, Grimassieren, paranoiden Ideen und Beziehungsideen. Affektiv machte er einen eingeengten, gehemmten Eindruck.
Bei der neuerlichen Aufnahme 1957 prägten wiederum Minderwertigkeitsgedanken und Körperveränderungsideen das Bild. Als Patient im Frühjahr 1958 zum Militär einrücken sollte, verschlechterte sich wieder sein Zustandsbild. Er hatte Angst, unter so vielen Menschen es nicht aushalten zu

können. Er äußerte erneut Minderwertigkeitsgefühle (die Brustpartie sei so "infantilistisch" gebaut, daß er niemals genügend Sauerstoff bekommen werde).

Nachuntersuchung (03.09.1974)
Patient wechselte im Anschluß an den stationären Aufenthalt im Jahre 1959 seinen Beruf und ist seither als Paketzusteller bei der Post tätig. Er wirkt im Gespräch affektiv verflacht, steht sich und der Umwelt etwas gleichgültig gegenüber. Er fühlt sich jedoch sehr wohl in seinem Beruf, da er sehr viel im Freien sei und die Arbeit ihn nicht körperlich überfordere, wie dies die frühere Arbeit getan habe, wo er nicht genügend Sauerstoff bekommen habe. Er hat auch einen Arbeitskollegen, mit dem er häufig an Wochenenden zusammen etwas unternimmt. 1972 war er vier Monate lang verheiratet gewesen mit einer Frau, die er angeblich acht Jahre lang vorher kannte. Echte Gründe für die Scheidung konnte er jedoch nicht angeben. Seither lebt er alleine in einer riesigen Wohnung, die einen sehr unpersönlichen und kalten Eindruck macht. Er vermittelte einen oberflächlichen, in seinem Verhalten etwas distanzlosen Eindruck. Das Auffassungsvermögen schien etwas vermindert zu sein, was darin zum Ausdruck kam, daß er einige Male auf Fragen nicht direkt einging, so daß sie mehrere Male gestellt werden mußten. Im Gespräch war er etwas weitschweifig und sprunghaft. Insgesamt machte der Patient jedoch einen geordneten, unauffälligen Eindruck.

Epikrise:
Mit 15 Jahren akut beginnende kindliche Schizophrenie mit zunächst neurasthenisch, hypochondrischem Bild, später hinzutretende Körperveränderungsgefühle, akustische Halluzinationen und paranoide Ideen. In Abständen von drei Jahren, eineinhalb und vier Monaten traten kurzdauernde Exacerbationen auf, wobei jedoch hypochondrische Ängste im Vordergrund standen. Nach dem vierten Aufenthalt weitgehende Ausheilung. Bis auf eine geringgradige affektive

Verflachung und Verlangsamung im Antrieb und Denken gute Sozialremission.

Fall I;4 Wolfgang Sch. geb. 04.02.1950

Katamnestische Frist: 10 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 14.10.64 - 13.02.65
2. -"- -"- 11.12.65 - 20.12.65

Familienanamnese: Vater, Trinker, sonderlinghaftes Verhalten, Großvater väterlicherseits chronischer Alkoholiker.

Milieu: Eltern seit mehreren Jahren geschieden, worunter Patient stark leidet.
In der Geschwisterreihe Ältester von drei Geschwistern, (ein Bruder, eine Schwester).

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: fröhlich, freundlich und sehr aufgeschlossen; guter Schüler (4. Klasse Hauptschule A-Zug).

Beginn: akut, nach Schulbeginn; 14;8 a

Psychopathologisches Bild: Nach einer Phase der Schlaflosigkeit zeigte Patient in der Schule wie auch zuhause zunehmend autistisches Verhalten, hatte kaum mehr Kontakt zu seinen Schulkameraden; es traten raptusartige Angstzustände auf, Patient weinte viel, ohne sich jemandem anzuvertrauen. Auf Station wechselte gehemmt-ängstliches Verhalten mit getriebenem, frechem, unruhigem und aufsässigem Benehmen. Er gab schließlich an, sich von einem Sicherheitsdienst beobachtet und verfolgt zu fühlen, da er Autos mit gleichen Nummernschildern zu sehen glaubte. Nach 64 I- und 8 E-Schocks klangen die Symptome ab. Patient wurde gebessert nach Hause entlassen. In der Schule machte sich ein starker Leistungsabfall bemerkbar, so daß er eine Klasse zurückversetzt werden mußte. Er fand kei-

nen Anschluß mehr an die Klassengemeinschaft und verlor auch den Kontakt zu ehemaligen Freunden. Sein Verhalten wurde zunehmend ängstlich-gehemmt, und er äußerte erneut paranoide Ideen, so daß eine neuerliche stationäre Aufnahme notwendig wurde. Unter Truxal und Melleril-Therapie konnte ein Verschwinden der paranoiden Ideen und eine Verbesserung des Zustandsbildes erreicht werden.

Weitere Aufenthalte:
04.07.66 - 10.08.66
23.03.68 - 16.02.70
23.01.71 - 14.01.72
17.02.72 - 06.03.73

Weiterer Verlauf:
Im Anschluß an den zweiten Klinikaufenthalt versuchte der Patient verschiedene Lehren zu absolvieren (Goldschmiedelehre, Lehre zum Kaufmännischen Angestellten, Autolackiererei, Post), welche jedoch durch neuerliche Krankheitsschübe unterbrochen wurden bzw. welche der Patient durch arbeitsmäßige Fehlleistungen verlor. Bei den stationären Aufenthalten bot der Patient jeweils ein symptomenreiches Bild mit Störungen im Affekt, im Denken (Herabsetzung der Konzentrations- und Merkfähigkeit, gedankliche Einengung, Ideenflucht, Denkzerfahrenheit, Sperrungen, Gedankenentgleisen) und in der Sprache (Neologismen, Wortsalat, Sprachassoziationen). Er zeigte ein zunehmend distanzloses, kritikloses und uneinsichtiges Verhalten und unterlag starken Stimmungsschwankungen und äußerte immer wieder paranoide Ideen. Er beging sinnlose Eigentumsdelikte (öffnete Pakete bei der Post) und zerstörte grundlos Gegenstände. Zuhause war er oft von einer inneren Unruhe erfüllt, die ihn mehrere Male veranlaßte, für Tage von zuhause wegzubleiben. Schließlich traten psychotische Züge (Arbeitsunlust, völlige Gleichgültigkeit) hinzu, so daß er zu einer regelmäßigen Arbeit nicht mehr anzuhalten war.
Seit 1.6.1972 im Nachtspital, von wo aus Patient zur Arbeit ging. Seine Arbeitsversuche scheiterten zunächst

immer wieder aus unbekannten Gründen. Schließlich fand er Arbeit als Packer. Er konnte am 6.3.73 ohne psychotische Symptome mit unauffälligem Benehmen sehr gut angepaßt aus dem Nachtspital entlassen werden.

Nachuntersuchung (7.9.74)
Patient machte einen ausgesprochen aufgeschlossenen, fröhlichen und selbstsicheren Eindruck. Er ist seit einem 3/4 Jahr verheiratet, geht regelmäßig zur Arbeit (Packer) und hat gute Kontakte zu den Arbeitskollegen. Er fühlt sich sehr wohl seit seinem letzten Klinikaufenthalt, geht regelmäßig zur ambulanten Nachbetreuung (erhält alle 4 Wochen eine DAPOTUM-D-Injektion), was für ihn eine Beruhigung ist. Er ist sehr optimistisch bezüglich seiner Krankheit, habe sich in den Intervallen zwischen den letzten Kliniksaufenthalten nie so wohl gefühlt, wie zur Zeit. Gelegentlich gibt es Phasen, wo er nervös und gereizt ist, er fühlt sich dann durch die Arbeit überlastet; er nimmt in solchen Fällen KREMADRIN ein, worauf sich der Zustand rasch bessert. Sonst ist seine Stimmung ausgeglichen, meist sei er fröhlich-heiter gestimmt. Zu seiner Frau scheint er ein sehr gutes, herzliches Verhältnis zu haben; er unternimmt viel mit ihr,und sie haben einen festen gemeinsamen Bekanntenkreis. Zur Zeit bereitet er sich auf einen Berufsfortbildungskurs vor. Abgesehen von den gelegentlichen Stimmungsschwankungen weist der Patient keinerlei Defekte auf. Er ist sehr gut sozial eingegliedert.

Epikrise
Mit 14 Jahren akut beginnende Schizophrenie, die in Abständen von 10 Monaten, 7 Mon., 19 Mon., 11 Mon. zu weiteren Schüben (Aufenthalte zwischen zwei Monaten und zwei Jahren) führte. Bei den stationären Aufenthalten war das Bild jeweils von einer bunten Symptomatik geprägt (vorwiegend Störungen im Denken und der Sprache). Bislang Ausheilung ohne Defekte mit sehr guter Sozialremission.

Fall I;5 Rosemarie Str. geb. 28.06.1942

Katamnestische Frist: 7 Jahre

Stationärer Aufenthalt: 05.12.56 - 30.01.57

Familienanamnese: unauffällig

Milieu: ausgesprochen gutes Milieu mit viel Herzlichkeit und Wärme.

Eigenanamnese: unauffällige Entwicklung, auffallend bei allen Erkrankungen eine gewisse Schmerzunempfindlichkeit; Patientin ist mittleres von drei Kindern (ein älterer Bruder, eine jüngere Schwester).

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Immer ernster und ruhiger als die Geschwister gewesen, offen und ehrlich, guter Kontakt zu den Eltern.
Bis zur 4. Klasse Gymnasium Vorzugsschülerin

Beginn: akut; 14;5 a.

Psychopathologisches Bild: Plötzlich nach Schulbeginn akutes Schulversagen. Gleichzeitiges Auftreten von starker Obstipation, Müdigkeit, Apathie. Patientin wurde zunehmend ängstlicher, ratloser, sie äußerte paranoide Ideen (den Eltern werde etwas zustoßen, der Vater sei nicht mehr normal, es werde ein Unheil über sie kommen), Körperveränderungsgefühle, Versündigungsideen und behauptete vom Vater vergewaltigt worden zu sein. Bei der stationären Aufnahme war sie kaum kontaktfähig, ratlos, affektiv stark gehemmt und eingeengt und litt unter starker Schlaflosigkeit. Sie weinte viel, zeigte stuporöses Verhalten, äußerte Verfolgungsideen und Vergiftungsideen. Alles kam ihr so merkwürdig und so komisch vor. Im Verlauf einer E-Schock-Kur kurzzeitiges Aufhellen des Krankheitsbildes, dann wieder Verschlechterung mit Zunahme der Einengung, Verlangsamung der psychischen Abläufe, traurig-passiv-apathisches Verhalten. Nachdem eine Besserung des Zustandsbildes eingetreten war, wurde die Pat. frühzeitig von den Eltern nach Hause genommen.

Therapie: 16 E-Schocks

Diagnose: Psychose (Schizophrenie)

Nachuntersuchung: (Gespräch mit Schwester am 19.09.74) Nach Kliniksaufenthalt trat eine weitere Besserung des Zustandsbildes ein. Patientin wechselte vom Gymnasium in die Realschule über und bestand die Mittlere Reife mit gutem Erfolg. Anschließend absolvierte sie eine kaufmännische Lehre. Im Vergleich zur Zeit vor dem Kliniksaufenthalt war sie etwas verschlossener, zurückhaltender, weniger fröhlich, anderen Menschen gegenüber mißtrauisch, aber durchaus kontaktfähig. Sie heiratete 1962 und wohnte in sehr engen Verhältnissen bei den Schwiegereltern, die sie ablehnten. Sie wurde im Frühjahr 1963 akut psychotisch (depressive Verstimmungen, Verfolgungsideen, Beziehungsideen) und mußte sich vom März bis August 1963 in stationäre Behandlung begeben. Nach diesem Aufenthalt blieb sie stark depressiv gestimmt und äußerte auch Selbstmordgedanken. Nachdem sie vom Hausarzt durch Zufall ihre Diagnose erfuhr (Schizophrenie) beging sie im November 1963 Selbstmord durch Sturz aus dem Fenster.

Epikrise

Mit 14 Jahren akute Psychose mit reicher Symptomatik, die defektfrei abklang. Nach einer erhöhten psychischen Belastung (Heirat, Ablehnung durch die Schwiegereltern) erneuter Ausbruch der Psychose, die in einer depressiven Verstimmung zum Suicid führte.

II. Gruppe: Leichte Defekte bei guter Sozialremission

Fall II;1 Gottfried St. geb. 04.11.1948

Katamnestische Frist: 12 Jahre

Stationärer Aufenthalt: 03.07.62 - 22.09.62

Familienanamnese: Großvater väterlicherseits beging Suicid, Schwester des Vaters schizophren.

Milieu: unauffällig
älterer Bruder verstarb mit fünf Jahren

Eigenanamnese: lange Geburtsdauer, fragliche Asphyxie; frühkindliche Entwicklung verlief unauffällig

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: sehr beliebt, hatte viele Freunde; immer guter Schüler gewesen.

Beginn: akut; 13;8 a

Psychopathologisches Bild: Nach 2-tägigem Schulausflug verweigerte er grundlos die Nahrung; es traten Schlafstörungen auf, in der Schule war ein Leistungsabfall bemerkbar. Er wurde weinerlich, zeigte unbegründete Ängste und Mißtrauen und äußerte Wahnideen (Klassenkameraden seien gegen ihn; der Lehrer und der Direktor schauten ihn nicht mehr an; der Lehrer möge die Klasse nicht mehr, da die Klasse schlecht sei) und Versündigungsideen (er sei der schlechteste und ordinärste Mensch, machte sich Vorwürfe wegen des Kaufseines Aktheftes). Wurde schließlich immer einsilbiger, verweigerte jegliche Nahrung und weigerte sich, aufs Klosett zu gehen. Während des stationären Aufenthaltes äußerte er Vergiftungsideen, zeigte tic-artige Bewegungen, er war gespannt und kaum kontaktfähig. Bei der Entlassung war der Patient psychisch unauffällig.

Therapie: 12 E-Schocks
Schlafkur mit MELLERIL und TRUXAL
Ambulante Betreuung bis 28.02.64

Weitere Aufenthalte:
22.09.68 - 09.12.68
14.03.71 - 21.09.71
12.12.72 - 03.04.73

Weiterer Verlauf:
Nach dem Aufenthalt auf der Kinderstation beendigte er die Hauptschule (A-Zug), absolvierte eine Uhrmacherlehre und war ein Jahr als Geselle tätig. 1968 wieder auffälliges Benehmen, machte seinem Vater grundlose Vorwürfe, redete unzusammenhängend. Er kam freiwillig in die Klinik, um über seine "außerordentlichen Fähigkeiten" zu berichten (könne Menschen durch seinen Blick "verblüffen", sie beeinflussen). Er war situativ unangepaßt, faselte, zeigte Sperrungen im Gedankenablauf und grimassierte stark. Die Symptome klangen rasch auf 8 E-Schocks ab. In der Folgezeit wechselte er häufig seine Berufe. 1971 wurde er wieder auffällig, fühlte sich von der Polizei beobachtet. Er äußerte wiederum Größenideen, faselte, grimassierte, perseverierte und redete zeitweise vorbei. Auf Station fiel er durch maniriert-faxenhaftes Verhalten auf, war ruhelos, affektiv abgeflacht und zeitweise affektiv dissoziiert. Er wirkte wahngestimmt, fühlte sich von Computern gesteuert, sprach abgehackt und war äußerst mißtrauisch und ängstlich. Nach Entlassung ein dreiviertel Jahr als Kaffeekoch tätig, wurde entlassen, da er immer wieder sinnlos Streit angefangen hatte. Er hatte einige Zeit wieder den Eindruck, eine bedeutende Persönlichkeit zu sein. Bei der neuerlichen stationären Aufnahme war er hochgradig denkgestört, äußerte Wahnideen (glaubte er sei Gott, dann wieder, er sei eine Uhr und sehe die Zeit), er hatte optische Halluzinationen. Er war logorrhoisch, unruhig, deutlich affektdissoziiert.

Nachuntersuchung: (29.08.74)
Patient macht einen etwas fahrigen, leicht gereizten Eindruck. Er fühle sich zur Zeit sehr wohl, hat den Beruf Masseur gelernt und ist seit einem Jahr in diesem

Beruf tätig, der ihm gut gefällt. Er unternimmt viel mit Freunden an Wochenenden, da er sehr den Umgang mit Leuten seines Alters brauche. Sein Verhältnis zu seinem Vater sei mittelmäßig, da dieser immer soviel an ihm auszusetzen habe. Zu ambulanten Nachkontrollen erscheint er nicht, da er sich vollkommen gesund fühle. Er gibt an, daß er sich rasch aufrege und leicht reizbar sei, ansonsten sei er meist guter Laune.
Das Verhalten des Patienten wirkte gespannt, er hatte eine gespreizte,etwas manirierte Sprechweise. Im Gespräch war er oberflächlich, antwortete nicht direkt auf die Fragen und hörte auch nicht richtig zu (Störung der Aufmerksamkeit im Sinne einer Hypervigilität). Er wirkte affektiv verflacht. In einem Gespräch mit dem Vater (ohne Sohn) beklagt sich dieser über ihn. Er sei so unvernünftig, nehme keine Tabletten ein, trinke trotz Verbot Alkohol, sei sehr schlampig und kümmere sich um nichts. In der Auswahl seiner "Freunde" sei er kritiklos und bemerke nicht, wenn er ausgenutzt werde. Er kaufe sich laufend neue Anzüge, Hemden und Krawatten, die er aber nie trage. Manchmal rede er wirr, rufe Freundinnen an und spreche unverständliches Zeug in den Apparat.

Epikrise:
Akut auftretende katatonieforme Psychose mit Wahnideen, die bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zu drei akuten Schüben führte (im Alter von 20, 22, 23 Jahren), die bisher bei guter sozialer Remission mit geringgradigen Defekten abheilten.

Fall II;2 Elfriede M. geb. 30.01.1940

Katamnestische Frist: 21 Jahre

Stationärer Aufenthalt: 23.11.53 - 16.01.54
23.01.54 - 07.05.54

Familienanamnese: unauffällig

Milieu: Mutter Arbeiterin, Vater im Krieg 1943 gefallen.

Eigenanamnese: unerwünschtes Kind; mit elf Monaten unklare Erkrankung mit Fraisen, seither Taubheit rechts und Schielen, anschließend verzögerte Entwicklung: Sprechen erst mit zwei Jahren, bis zum dritten Lebensjahr bei Großmutter mütterlicherseits aufgewachsen, danach häufiger Wohnortwechsel.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: als Kleinkind scheu, auffallend ablehnend Frauen gegenüber; als Schulkind kontaktarm, scheu, gehemmt, nahm nie an Spielen anderer Kinder teil.
Ausgesprochen braves, ruhiges Kind; mittelmäßige Schülerin (vier Klassen Volksschule, vier Klassen B-Hauptschule).

Beginn: schleichend, 12;10 a

Psychopathologisches Bild: Seit zwei Jahren zunehmend stiller und in sich gekehrt geworden. Seit Herbst des Jahres kam sie in der Schule nicht mehr mit (starrte teilnahmslos ins Leere, nicht ansprechbar), verlor den minimalen Kontakt zu den Schulkameradinnen, den sie noch bis dahin besaß. Lag tagelang antriebslos, interesselos im Bett, ging nicht mehr in die Schule, vernachlässigte sich und ihre Aufgaben. Gab an, Geräusche und Stimmen auf der Seite des tauben Ohrs zu hören, faselte, klagte über schreckhafte Träume (immer derselbe Traum, daß sie in ein Haus hineingehe und nicht mehr herauskomme). Stimmungslage war stark depressiv, affektiv wirkte sie verarmt. Auf eine Malariakur kurzfristige Besserung, dann im Januar 1954 mehrmalig grundloses Weglaufen von zuhause (sie habe inneren Drang dazu gehabt, der Gedanke sei ganz plötzlich wie eine Eingebung gekommen). Bei der neuerlichen Aufnahme (Diagnose: schizophrener Hemmungszustand) war sie mangelhaft kontaktfähig, sehr gehemmt, zurückhaltend, die Stimmungslage war hochgradig depressiv-ängstlich-gespannt, Gedankenablauf verlangsamt, gehemmt, zeitweise gesperrt. Sie klagte darüber, ihre Ge-

danken nicht mehr zusammenhalten zu können, sie kämen durcheinander, würden davonlaufen. Sie war zeitweise stuporös, äußerte Beziehungsideen und litt unter Schlafstörungen. Nach E-Schock- und I-Schock-Kur in gutem psychischem Zustand entlassen.

Therapie: Malariakur
5 E-Schocks, 50 I-Schocks

Diagnose: Schizophrene Reaktion bei antriebsgestörter Persönlichkeit

Weiterer Verlauf:
Nach Kliniksentlassung wiederholte die Patientin die letzte Klasse. Sie blieb weiterhin im Kontakt eingeschränkt, jedoch baute sie wieder ein gutes Vertrauensverhältnis zu ihrer Mutter auf. Im Sommer 1959 traten plötzlich Beziehungs- und Beobachtungsideen auf. Sie glaubte Bemerkungen aus der Umgebung zu hören, nach denen ihre Mutter nicht ihre eigentliche sei. Daraufhin Selbstmordversuch durch Sprung in die Donau. Stationäre Behandlung: (Schizophrenie) 1.9.59 - 25.3.60.

Nachuntersuchung: (22.08.74)
Patientin ist seit längerer Zeit in der gleichen Firma als Hilfsarbeiterin tätig. Sie fühlt sich wohl an ihrer Arbeitsstelle, hat aber keinen engeren Kontakt mit den Arbeitskollegen. Sie rede nicht viel, habe keine Lust dazu, sie sei ziemlich "fad". Sie lebt mit ihrer Mutter zusammen, zu der sie ein gutes Verhältnis hat. Sie unternimmt mit ihr zusammen öfters Reisen, allein würde sie dies jedoch nie tun. Sie hat keine besonderen Interessen, es ist ihr alles mehr oder weniger egal. Sie freut sich über schöne Geschenke oder auch über einen schönen Film, aber nicht mehr so wie früher. Bezüglich ihres letzten Klinikaufenthaltes meinte sie, daß man es nicht so weit bringen dürfe, es sei ein Blödsinn von ihr gewesen, sie habe sich in die ganze Sache hineingesteigert, doch jetzt sie sie "vernünftig" geworden. Sie machte

einen antriebsarmen, phlegmatischen Eindruck. Im Gespräch wirkte sie affektiv wenig schwingungsfähig, etwas läppischheiter (mehrere Male inadäquates Lachen). Sie schweifte immer wieder abrupt im Gespräch ab, welches nur oberflächlich geführt werden konnte. Die Stimmungslage ist stabil, ohne Stimmungsschwankungen.
Es imponierte eine allgemeine Energie- und Initiativlosigkeit.

Epikrise:
Schizophrene Reaktion im Alter von 13 Jahren bei introvertierter Persönlichkeit mit einem einmaligen akuten Schub mit paranoider Symptomatik im Alter von 19 Jahren. Gute Sozialremission bei allgemeiner Energie- und Initiativlosigkeit und einer geringgradigen Abgeschwächtheit der Affekte.

Fall II;3 Manfred R. geb. 14.02.53

Katamnestische Frist: 7 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 06.04.67 - 27.06.67

Familienanamnese: väterlicherseits - Zwillingsschwester (des Vaters) Suicid mit 20 Jahren, war angeblich geisteskrank, hatte ein Kind vom Stiefvater und glaubte, wieder schwanger zu sein. Halbschwester (des Vaters) wegen Depressionen in ständiger Behandlung.

Milieu: Vater, Schmied, sehr jähzornig, gab sich nie mit dem Patienten ab; Verhältnis der Eltern untereinander sehr schlecht.

Eigenanamnese: unauffällige frühkindliche Entwicklung, bis zum zweiten Lebensjahr bei der Schwester der Mutter aufgewachsen, dann zurück zu den Eltern.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: etwas pedantisch, kann Schmutz nicht leiden; vor Klassenarbeiten kann er nicht schlafen, nervös, oft abwesend, fahrig, durchschnittlicher Schüler (vier Klassen Volksschule, vier Klas-

sen Hauptschule-A-Zug).

Beginn: akut, nach Explosionsunfall, 14;2 a

Psychopathologisches Bild: Versuchte in einer Garage ein Pulvergemisch zur Explosion zu bringen. Verlor dabei an der rechten Hand Teile der Finger. Danach fiel er durch Exaltiertheit auf, neigte zu Grübelsucht, war abwechselnd gleichgültig und verzagt. Er äußerte paranoide Ideen, Beziehungserlebnisse, litt an Schlafstörungen, konnte nicht mehr denken (kam in der Schule nicht mehr mit), fürchtete sich besonders in der Nacht, sah Gesichter und hörte Stimmen. Die affektive Ansprechbarkeit war stark reduziert, wie auch die Kontaktfähigkeit. Nach fünf Wochen lang anhaltender leicht schwankender Stimmungslage, sonst aber unauffälligem Verhalten, traten plötzlich massivpsychotische Symptome auf (depressive Stimmung, stuporöse Hemmungszustände, paranoide Ideen). Nach E-Schock-Therapie Besserung. Patient wurde in gutem Zustand entlassen. Ambulante Nachkontrolle bis Ende 1967.

Therapie: 8 E-Schocks, Psychopharmaka

Diagnose: akut schizophrene Erkrankung

Weitere stationäre Aufenthalte:
23.11.68 - 09.12.68
12.05.69 - 20.05.69
21.07.72 - 29.09.72

Weiterer Verlauf:
Patient besuchte im Anschluß an den Klinikaufenthalt eine Berufsfachschule für Behinderte, wo er guten Kontakt fand und einer der Besten der Klasse war. Im Oktober 68 zweiter Schub mit akustischen Halluzinationen, starken Ängsten, Affektdissoziation, Neologismen. Er wirkte verloren, ratlos; die Stimmungslage war depressiv gefärbt. Bei einer kurzen Aufnahme im Mai 69 (medikamentöser Parkinsonismus) fiel eine scheinbare Teilnahmslosigkeit beim Schildern der Beschwerden auf, sowie waren Konzentrationsschwächen, Vergesslichkeit und Antriebsarmut bemerkbar. Im Juli 1972 vierte Aufnahme (paranoide

Schizophrenie). Es standen Halluzinationen (visuelle, akustische, tactile) im Vordergrund, Patient machte einen verlangsamten, gehemmten Eindruck, Gedankenablauf war inkohärent, teils gesperrt. Mimik war starr, ausdruckslos, die Sprache monoton.

Nachuntersuchung:(12.09.74)
Seit dem letzten Kliniksaufenthalt in einem Rehabilitationswerk tätig, wo er angeblich guten Kontakt zu den Arbeitskollegen hat. Seit Frühjahr 74 hat er eine Freundin, die auch in diesem Werk tätig ist, und mit der er in der Freizeit gelegentlich zusammen etwas unternimmt. Er machte einen nervösen, verängstigten Eindruck. Er hat Angst vor seiner Krankheit, die "von der Sprengkörperexplosion herrühre". Die Krankheitsschübe erklärt er mit "Überbelastungen" (besonders starke Hitze; Onkel aus Amerika hatte sich zu Besuch angekündigt). Manchmal gehe es ihm nicht gut, er habe oft starke Kopfschmerzen, habe dann das Bedürfnis, sich zurückzuziehen. Er scheint allgemein verschlossen und zurückhaltend zu sein.
Das Gespräch wurde in auffallend unbeteiligter Weise geführt. Er erzählte z.B. von seinem Urlaub, der ihm sehr gefallen habe, in völlig gleichgültiger Weise, gelegentlich lachte er unmotiviert. Das Gespräch wurde sprungartig geführt, nicht immer wurden die Fragen logisch beantwortet, die Aufmerksamkeitsspannung war ebenfalls leicht vermindert. Er erschien gespannt, die Stimmungslage war leicht depressiv gefärbt. Die Beziehung zur Familie beurteilt er selbst als gut, er sei relativ frei und unabhängig.
Aus den Äußerungen des Vaters über den Sohn war zu entnehmen, daß er ihm völlig unverständig und nahezu feindselig gegenüber steht. Beide Eltern scheinen sich auf die besondere Situation des Sohnes nicht einzustellen und verhalten sich ihm gegenüber gefühllos. Der Sohn scheint jedoch nicht getroffen zu sein von dieser Haltung seiner Eltern und findet sich auch ohne ihre Unterstützung zurecht. Er befindet sich allerdings noch in regelmäßiger

ärztlicher Betreuung.

Epikrise:
Im Anschluß an eine Sprengkörperexplosion akut aufgetretene Schizophrenie, der bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zwei weitere akute Schübe paranoider Prägung folgten, die unter Hinterlassung geringgradiger Defekte (Affekte; Konzentration) zu bislang guter Sozialremission führte.

III. Gruppe: Zuhause, aber sozial nicht eingeordnet

Fall III;1 Renate E. geb. 18.12.1942

Katamnestische Frist: 17 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 05.09.57 - 02.10.57

Familienanamnese: Mutter seit 1950 in Psychiatrischer Anstalt (paranoide Schizophrenie).

Milieu: Vater 1945 im Krieg vermisst;
Patientin hat einen jüngeren Bruder.

Eigenanamnese: frühkindliche Entwicklung unbekannt seit 1951 in einem Heim (da Mutter in psychiatrischer Behandlung); mit 6 Jahren eingeschult, wurde bald in die Sonderschule überstellt.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: sehr ruhiges und braves Kind, spielte meistens allein, verschlossen.

Beginn: schleichend, mit 14;9 a

Psychopathologisches Bild: Im Alter von neun Jahren beginnende Veränderungen, die sich in Erziehungsschwierigkeiten äußerten. In der Schule war sie gehemmt, verschlossen, sonderte sich von den anderen Kindern ab, zuhause zeigte sie sich eigensinnig, fürchtete sich in einem Raum alleine zu bleiben, besonders wenn sich ein Ofen oder ein Spiegel darin befand. Sie wurde in ein Heim für schwererziehbare Kinder überstellt. Die schriftlichen Schullei-

stungen waren zu dieser Zeit gut, die Intelligenz entsprach der Normalschule. Im Heim zog sie sich immer mehr zurück, lebte ganz in ihrer eigenen Welt; sie zeigte eine negativistische Haltung und neigte zu unbegründeten Ängsten. Es wechselten Phasen besonderer Unansprechbarkeit (vollkommen kontaktgesperrt, mutistisch, auf Anreden nur Grinsen) mit solchen besonderen "Übermuts" (faxiges Benehmen, unmotiviertes Lachen). Sie wurde zunehmend unruhig, frech, maniriert, zeigte Affektstörungen und bot schließlich ein katatones Bild, was zur stationären Aufnahme führte. Eine Kontrolluntersuchung 1961 zeigte, daß die Patientin inzwischen sehr stark intellektuell abgebaut hatte. Sie war antriebsgestört, affektiv kalt, versandete rasch, der Realitätsbezug war gestört.

Therapie: LARGACTIL

Diagnose: Pfropfhebephrenie

Weitere Aufenthalte:
24.05.63 - 06.12.73
07.01.74 - 04.06.74

Weiterer Verlauf:
Die Patientin arbeitete nach der Entlassung aus dem Heim neun Jahre lang in einem Kloster bei geistlichen Schwestern. Lebte danach ab 1970 wieder mit ihrer Mutter zusammen und war vorübergehend in einer Buchbinderei als Hilfsarbeiterin tätig. Blieb dann aber zuhause, da sie sich durch die Arbeit überfordert fühlte. Wenige Wochen vor der 2. Klinikeinweisung wurde sie zunehmend antriebsloser, sprach nicht mehr, wusch sich laufend die Hände aus Furcht vor Bakterien, aß nichts mehr und gab an, die Stimme eines Priesters zu hören, der sie lenke und ihr Befehle erteile. Nach Entlassung nahm sie wieder den Hilfsarbeiterposten bei der früheren Firma an. Benahm sich nach kurzer Zeit komisch an der Arbeitsstelle (warf Papier in eine Maschine, ohne einen Grund dafür angeben zu können). Tage zuvor hatte sie kaum mehr geschlafen und

kaum etwas gegessen. Sie war gespannt, lächelte unmotiviert und war nicht kontaktfähig. Nach 2 E-Schocks und Psychopharmaka-Therapie trat rasch wieder eine Besserung ein.

Nachuntersuchung: (27.07.74)
Die Patientin machte einen sehr verlangsamten Eindruck. Seit August des Jahres arbeitete sie wieder an der selben Arbeitsstelle wie früher. Sie fühle sich dort aber überfordert, Kontakt nach außen zu Arbeitskollegen hat sie keinen, sie habe auch kein Interesse daran. Sie lebt mit ihrer Mutter zusammen, ohne weitere Kontakte. Laut Angaben der Mutter sitzt die Patientin oftmals stundenlang da und grübelt vor sich hin.
Die Patientin ist völlig antriebs- und initiativlos, sie hat keinerlei Interessen, liegt die meiste Zeit zuhause im Bett.
Sie konnte dem Gespräch kaum folgen, Fragen mußten meistens mehrere Male wiederholt werden. Sie selbst stellte immer wieder zusammenhanglos die selbe stereotype Frage nach einer Ärztin. Sie sprach sehr langsam, ohne affektive Beteiligung. Insgesamt vermittelte sie einen debilen Eindruck. Während des Gesprächs lächelte sie dauernd völlig unmotiviert vor sich hin.

Epikrise:
Im Alter von 9 Jahren schleichend beginnender hebephrener Prozeß bei unterbegabtem Kind, der innerhalb weniger Jahre zu völligem Persönlichkeitsabbau führte. Nach 16-jährigem Intervall, während dem die Patientin bereits stark abgebaut jedoch zeitweise noch arbeitsfähig war, traten innerhalb eines halben Jahres zwei akute Exacerbationen mit paranoider Symptomatik auf.

Fall III;2 Christine R. geb. 24.10.1946

Katamnestische Frist: 14 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 02.05.60 - 08.10.60

Familienanamnese: Vater 1948 Suicid, Schwester des Vaters beging ebenfalls Suicid.
Großvater mütterlicherseits wegen paranoiden Ideen und Kopfmalaria in Psychiatrischer Anstalt.

Milieu: Vater kam 1945 von der Kriegsgefangenschaft zurück und begann zu trinken und die Familie zu mißhandeln. Mutter erwartet derzeit ein Kind von einem verheirateten Mann; Patientin hat einen älteren Bruder.

Eigenanamnese: unauffällige Entwicklung

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: scheues, zurückgezogenes Kind, hat im Kindergarten nie mit anderen Kindern gespielt; sehr schlechte Schülerin, wurde nach der 2. Kl. Volksschule in die Sonderschule umgeschult, dort bereits zweimal repetiert.

Beginn: akut, 13;6 a

Psychopathologisches Bild: 14 Tage vor der Aufnahme wurde Patientin plötzlich völlig teilnahmslos, apathisch, zeigte sich verschreckt und ängstlich, klagte über rufende und schimpfende Stimmen, die Schulkameraden gehörten und sie als Hexe beschimpften und sie bedrohten. Sie war kaum mehr kontaktfähig, war stark verlangsamt, fühlte sich beeinflußt und hypnotisiert. Bei der Aufnahme affektiv matt, Bewußtseinslage eingeschränkt, Gedankenductus abreißend, oft versandend. Sie äußerte Beziehungs-, Beeinflussungs- und Vergiftungsideen. Nach I-Schock-Therapie Abklingen des akuten psychotischen Bildes. Patientin wurde in kontaktfähigem und aufgelockertem Zustand entlassen.

Therapie: 34 I-Schocks
10 E-Schocks

Diagnose: Schizophrenie

Weitere Aufenthalte:
19.05.63 - 17.03.64
29.03.70 - 30.04.70
01.09.70 - 03.12.70

Weiterer Verlauf:
Patientin wohnte weiterhin bei ihrer Mutter, arbeitete in einer Nähschule einer Blindenanstalt. 1963 trat eine plötzliche Verschlechterung des Geisteszustandes ein. Patientin äußerte akustische Halluzinationen, religiöse Wahnideen, Veränderungsgefühle und Vergiftungsideen. Sie war getrieben, unruhig, lachte unmotiviert, zeigte unangepaßtes Verhalten und war kaum kontaktfähig. Sie wirkte bereits debil. Nach E-Schock-Therapie verschwanden die akuten psychotischen Symptome. Sie besuchte noch eine Zeitlang die Nähschule, zunehmende Kopfschmerzen und Schwindelanfälle verhinderten aber schließlich eine regelmäßige Arbeit. Sie führte für ihre Familie den Haushalt, wurde zunehmend apathischer, antriebsloser und lag schließlich die meiste Zeit im Bett, hatte von Zeit zu Zeit unmotivierte Schreikrämpfe. Bei einer neuerlichen Aufnahme zeigte sie bizarre Bewegungen, war völlig antriebslos, kontaktunfähig, Stimmungslage war depressiv eingeengt; Sprache verwaschen, sie sprach auch nicht mehr spontan. Nach kurzfristiger Besserung kam es im Herbst desselben Jahres zu erneuter Aufnahme. Die Patientin gab Körpergefühlsveränderungen an, äußerte hypochondrische Beschwerden, verweigerte die Nahrung. Der Gedankenductus war zähflüssig, die Motorik gehemmt. Die Patientin gab an, sehr vergesslich geworden zu sein.

Nachuntersuchung: (31.08.74)
Patientin hilft ihrer Mutter im Haushalt. Sie ist nicht mehr zu regelmäßiger Arbeit fähig, da sie häufig unter starken Kopfschmerzen mit Schwindelanfällen und Übelkeit leidet. Sie muß zu allem aufgefordert werden, macht nichts

von selbst. Sie fühlt sich derzeit ganz wohl.
Sie machte einen läppisch-heiteren Eindruck, lachte immer wieder völlig unmotiviert, die Sprache war verwaschen. Die Aufmerksamkeitsspannung wie auch das Auffassungsvermögen schienen stark herabgesetzt zu sein. Sie kann sich schlecht konzentrieren, hatte auch Mühe,dem Gespräch zu folgen. Insgesamt wirkte sie intellektuell stark abgebaut.
Das Verhältnis zur Familie ist gut, außerhalb der Familie hat sie keine Kontakte. Sie ist ganz von ihrer Familie abhängig und ordnet sich ihr total unter. Ihre gutmütige passive Haltung scheint von der Familie ausgenützt zu werden.

Epikrise:
Akut beginnende Schizophrenie im Alter von 14 Jahren mit vorwiegend paranoiden Ideen, die zu einem raschen Persönlichkeitsabbau führte. Derzeit nur noch im häuslichen Milieu haltbar.

Fall III;3 Kurt T. geb. 06.08.44

Katamnestische Frist: 18 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 29.11.56 - 02.05.57

Familienanamnese: Vater unbekannt, Mutter lebt in der CSSR.

Milieu: uneheliches Kind, lebt seit dem 5. Lebensmonat bei Pflegeeltern; die Familienatmosphäre wird als gut beschrieben.

Eigenanamnese: verzögerte motorische und sprachliche Entwicklung, stotterte zeitweise.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Bis zum 3. Lebensjahr sehr brav gewesen, danach lebhafter, bereitete gelegentlich Erziehungsschwierigkeiten, fiel auch in der Schule aus diesem Grund bereits mehrere Male auf; hatte nie richtige Freunde. Wurde wegen disziplinärer Schwierigkeiten nach einem Jahr Realgymnasium wieder ausgeschlossen (be-

sucht zur Zeit 3. Klasse Hauptschule A-Zug) IQ 123 (intellektuell weit über dem Durchschnitt, besonders im Verbalteil).

Beginn: schleichend, seit ungefähr einem Jahr; dzt. 12;3 a

Psychopathologisches Bild: Seit einem Jahr auffallende Verschlechterung im Verhalten. Er wurde zunehmend respektlos, kritiklos, aggressiv, beging kleinere Eigentumsdelikte und war auch in der Schule nicht mehr haltbar (störte den Unterricht, grimassierte, spielte den Kasper). Auf Station hatte er keinerlei Kontakt zu den anderen Kindern. Er zeigte ein läppisches-maniriertes, klebriges Verhalten, war getrieben, unruhig, aggressiv, kritik- und distanzlos. Gefühlsmäßig war er nicht mehr ansprechbar.

Therapie: 6 E-Schocks, 61 I-Schocks, LARGACTIL

Diagnose: Hebephrenie

Weitere Aufenthalte:
12.06.58 - 14.02.63
11.11.63 - 04.07.68
03.04.70 - 13.10.70
07.05.71 - 06.02.72 (entwichen)
09.02.72 - 23.11.73

Weiterer Verlauf:
Nachdem Patient gebessert entlassen wurde, beendete er die Hauptschule (A-Zug) und begann eine Bäckerlehre. Allmählich verschlechterte sich der Zustand jedoch wieder. Eigentumsdelikte, unangepaßtes Verhalten und Erregungszustände führten schließlich zur neuerlichen Aufnahme. Auf Station zeigte er ein freches, querulatorisches Benehmen, war distanzlos, läppisch und bestahl immer wieder seine Mitpatienten. Dieses Verhalten wechselte mit angepaßterem Verhalten, wo er sich an Arbeitstherapien beteiligte oder außerhalb der Klinik eine Stelle annahm. Durch Eigentumsdelikte (Patient bezeichnete sie später als zwanghaft) oder arbeitsmäßige Fehlleistungen verlor er regelmäßig

nach kurzer Zeit die Arbeitsstellen wieder. Zeitweise fühlte er sich bedroht, hörte Stimmen und äußerte Wahnideen. Es machte sich allmählich ein Konzentrationsverlust bemerkbar, 1970 wurde der Patient entmündigt, da seine Intelligenz stark herabgesetzt schien. Die Stimmungslage war meist dysphorisch, Erregungszustände und Aggressionshandlungen wechselten mit Bewegungsarmut und Hypomimie ab. Er wirkte zerfahren und deutlich denkgestört.

Nachuntersuchung: (18.07.74)
Patient wird zur Zeit berentet, da er arbeitsunfähig ist. Er bewohnt alleine eine 2-Zimmer-Wohnung, die von seiner Mutter in Ordnung gehalten wird. Seine Eltern (Adoptiveltern) sehen täglich nach ihm, befürsorgen und aktivieren ihn. Er geht oft Schwimmen, Spazieren, gelegentlich auch in die Volksoper. Er hat keine Kontakte außerhalb der Familie. Sein Wunsch nach einer eigenen Familie ist sehr stark ausgeprägt, aber es gelingt ihm nicht, jemanden kennenzulernen. Auch möchte er gerne arbeiten, aber er befürchtet, unter Belastungen wieder zu erkranken.
Zu Beginn des Gesprächs war der Patient sehr ängstlich, gespannt und unsicher, was sich im Laufe des Gesprächs besserte. Auffallend waren eine ausgesprochen mimische Armut (maskenhaft anmutender Gesichtsausdruck) und seine eckigen, steifen Bewegungen. Seine Sprache war undeutlich, verwaschen. Im Gespräch war er weitschweifig, umständlich; er schien allgemein verlangsamt zu sein. Er sprach in traurig-monotoner Weise, ohne irgendwelche innere Beteiligung. Seine Stimmungslage ist depressiv gefärbt ("melancholisch" beurteilte er sie selbst). Er leidet offensichtlich unter seiner jetzigen Situation, ist aber nicht fähig etwas zu verändern.

Epikrise:
Mit 12 Jahren schleichend beginnender hebephrener Prozeß, der zu einem allmählichen Abbau im Bereich der Intelligenz, des Antriebs wie auch zu Defekten in der Affektivität und zu Sprachveränderungen führte.

Fall III;4 Otto K. geb. 25.03.52

Katamnestische Frist: 8 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 15.03.66 - 11.05.66

Familienanamnese: Großmutter väterlicherseits leidet an Altersparanoia; Vater ist Alkoholiker.

Milieu: Sehr ungünstige häusliche Verhältnisse; Vater, 59 a, Schauspieler und wenig zuhause; Mutter, 39 a, Hilfsarbeiterin in einer Plastikfabrik. Großmutter, 84 a, äussert paranoide Ideen gegen Sohn und Schwiegertochter und teilte diese auch dem Enkel mit.
Patient ist einziges Kind.

Eigenanamnese: Normale Entwicklung

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Immer Einzelgänger gewesen, hatte kaum Kontakt zu anderen Kindern, neigte zu Affektausbrüchen; frühere Tests zeigten das Bild einer Charakterneurose mit gewisser Affektschwäche, flachen Emotionen, Äußerungshemmung, Kontaktschwäche, neurotischem In-sich-Versponnensein.
mittelmäßiger Schüler, IQ 110

Beginn: allmählich, dzt. 14 Jahre

Psychopathologisches Bild: Nachdem er bei einer Nachtragsprüfung durchgefallen war, weigerte er sich weiterhin in die Schule zu gehen, mehrere Schulversuche scheiterten. Er war schließlich überhaupt nicht mehr dazu zu bewegen, sein Zimmer zu verlassen, verwahrloste zunehmend, aß ununterbrochen, nachts hatte er häufig Angstträume. Bei der Aufnahme war die Stimmung depressiv, ängstlich; Patient zeigte tic-artige Bewegungen, er war sehr antriebsarm.

Therapie: Psychotherapie

Diagnose: fragliche Hebephrenie

Weitere Aufenthalte:
11.08.69 - 20.02.70
14.09.70 - 05.01.73

Weiterer Verlauf:
Das Zustandsbild verschlechterte sich allmählich, so daß es im August 69 neuerlich zur Aufnahme kam, da die Mutter sich von ihm bedroht fühlte (zerschlug das Küchengeschirr in einem Erregungszustand). Er zeigte ein maniriertes Gehabe, war affektiv verarmt (er berichtete in völlig unbeteiligter Weise vom Tod seines Vaters, der sich erhängt hatte, und an dem der Patient sehr gehangen hatte). Er äußerte Beeinflussungsgefühle (stehe mit einer Fernsehansagerin in telepathischer Verbindung, fühle sich von ihr zeitweise gelenkt) und Größenideen. Auf Station zeigte er zunehmend distanzloses läppisch-heiteres Verhalten. Ende des Jahres wurde eine neuerliche Aufnahme notwendig. Er berichtete wieder von Beeinflussungserlebnissen im Zusammenhang mit telepathischen Erlebnissen, litt unter Angstzuständen, äußerte akustische Halluzinationen (Stimmen, die auf ihn einreden, so daß er befürchtet "überzuschnappen", "die Kontrolle über sich zu verlieren"). Gelegentlich litt er unter Grübelzwang (müsse über sich und seine Krankheit ins Klare kommen). Es wechselten im Laufe des Aufenthaltes Phasen mit angepaßtem Verhalten, wo er an Arbeitstherapien teilnahm, mit Phasen akuter Symptomatik (Störungen im Denken, im Antrieb, im Affekt, akustische Halluzinationen und Erregungszustände).

Nachuntersuchung: (27.07.74)
Der Patient berichtete gleich zu Anfang des Gesprächs, daß er aufgrund seiner Krankheit Schizophrenie einen "geistigen Defekt" habe. Erkönne sich sehr schlecht nur noch konzentrieren, manchmal sei es wie wenn die Gedanken durcheinander kommen würden. Er sei auch nicht mehr fähig, etwas Größeres in Angriff zu nehmen, wenn er sich etwas zu tun vornehme, so sei er einfach nicht in der Lage, dies zu verwirklichen. Seit seiner Entlassung arbeitet er in einer Testwerkstätte als Hilfsarbeiter (REHA-Werk). Er hofft, daß er dort so weit gebracht werde, daß er eine normale Arbeit annehmen kann, um sich seinen Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Er berichtete weiter,

daß er von Zeit zu Zeit in einen Grübelzwang verfalle, (es falle ihm z.B. ein Brief ein, den er vor einiger Zeit geschrieben habe; er mache sich dann Vorwürfe, daß er den Brief geschrieben habe, wisse aber nicht mehr genau, was er geschrieben habe und er ängstige sich dann, daß er mit dem Brief vielleicht etwas angerichtet habe).
Der Patient sprach in manirierter Weise (gespitzter Mund, Schriftdeutsch, betont artikuliert), er verhielt sich überheblich, schaute, wenn er sprach, entweder an die Decke oder am Untersucher vorbei. Sein Sprachstil war geschraubt, in seinen Antworten neigte er sehr zu Allgemeinplätzen. Sie klangen automatisch, von außen an ihn herangetragen, ohne innere Beteiligung (z.B. "Bei meiner Diagnose sind weitere stationäre Aufenthalte unumgänglich", "Als psychisch Kranker braucht man einen Rückhalt, ein Dach über dem Kopf", "Als Kranker brauche ich geregelte Verhältnisse, eine sichere Existenz", "Ich habe einen geistigen Defekt aufgrund meiner Krankheit Schizophrenie"). Die Antworten waren zum Teil widersprüchlich und unlogisch. Der Patient wirkte gefühlskalt, ohne emotionale Regungen. Er wohnt derzeit mit seiner Mutter zusammen.

Epikrise:
Nach zunächst unspezifischer Symptomatik bei schwerer neurotischer Vorentwicklung, bildete sich allmählich das Bild einer Schizophrenie mit wechselnder akuter Symptomatik heraus. Der Patient ist derzeit mäßig angepaßt.

Fall III;5 Eva M. geb. 28.02.1948

Katamnestische Frist: 2 Jahre (Suicid)

1. Stationärer Aufenthalt: 3.11.61 - 13.1.62

Familienanamnese: Mutter nervös, hat einmal eine depressive Phase durchgemacht; sonst unauffällig.

Milieu: kaltes Milieu, ohne Wärme;
Mutter lehnt Patientin ab; Patientin ist Älteste von drei Geschwistern (ein Bruder, eine Schwester).

Eigenanamnese: verspätete motorische Entwicklung; sonst unauffällig.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Spielte als Kleinkind nur mit sich allein, hatte nie eine Freundin, war sehr stark an die Großmutter gebunden; zeigte bei Geburt der jüngeren Schwester starke Eifersucht und Aggressionen, zeigte angeblich autistisches Verhalten.
In der Schule war sie immer eine gute Schülerin (überdurchschnittliche Begabung, IQ 115), war aber immer eigenwillig, wollte sich nie anstrengen;
sehr empfindsam, sensibel.

Beginn: allmählich, seit ungefähr 1 1/2 Jahren, jetzt 13;8a

Psychopathologisches Bild: Seit eineinhalb Jahren klagte Patientin über Kopfschmerzen, zog sich immer mehr von der Familie und auch von der Klassengemeinschaft zurück, zeigte gelegentlich Aggressionshandlungen und bereitete zunehmend Erziehungsschwierigkeiten. War seit einiger Zeit vergeßlicher geworden, hatte beim Gehen Schwindelgefühle und sah alles "wie durch einen Nebelschleier". Während des stationären Aufenthaltes standen autistische Verhaltensweisen, leichte Konzentrationsschwankungen und hypochondrische Beschwerden im Vordergrund. Todesgedanken und Selbstmordideen wurden nicht geleugnet. Die Sprache war auffallend maniriert, die Mimik starr, maskenhaft, die Bewegungsabläufe zähflüssig, im Antrieb gestört. Nach E-Schock-Therapie Besserung des Erscheinungsbildes, sie wurde mit leichten hypochondrischen Beschwerden entlassen.

Therapie: 8 E-Schocks

Diagnose: endogene Psychose des Schizophrenen Formenkreises.

Weiterer Verlauf:
Nach kurzem Intervall während dem die Patientin gut angepaßt war, nahmen die autistischen Tendenzen wieder zu. Es entwickelte sich ein eindeutig paranoisches Zustands-

bild mit sehr fixierter Ideenbildung (fühlte sich nicht mehr weiblich, war von der fixen Idee geprägt, psychisch männlich zu empfinden und wünschte, daß dieser Tatsache auch ihr Körperliches angepaßt werden müßte). Sie äußerte in diesem Zusammenhang Selbstmordgedanken. Sie zeigte deutliche Denkstörungszeichen (gelockerter Gedankenductus, Entgleiten der Tenazität der Aufmerksamkeit). Nach 50 I-Schocks teilweise Besserung des Zustands. Patientin wurde nach Hause entlassen (5.9.63). Nach Angaben des Vaters zog sich die Patientin immer mehr in sich zurück. Sie war schließlich überhaupt nicht mehr einem Gespräch zugänglich. Am 21.10.1963 beging sie Selbstmord (warf sich vor einem Zug).

Fall III;6 Regina S. geb. 24.07.1954

Katamnestische Frist: 5 1/2 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 31.10.68 - 21.12.68

Familienanamnese: Großmutter mütterlicherseits erkrankte an Paraphrenie, ein entfernter Verwandter mütterlicherseits litt an Epilepsie, dessen Tochter ist oligophren.

Milieu: Beide Eltern sind berufstätig;
Patientin ist einziges Kind.

Eigenanamnese: Frühgeburt (im 8. SSM geboren, 2450 gr.) frühkindliche Entwicklung verlief unauffällig, mußte von der Schule ein Jahr zurückgestellt werden.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Immer etwas zurückhaltend, fand schwer Anschluß an Spielkameraden, spielte jedoch gerne mit anderen Kindern; in der Schule sehr ehrgeizig, Sonderschülerin.

Beginn: akut nach Appendektomie; 14;3 a

Psychopathologisches Bild: Vor einer Appendektomie, die im Juli 1968 durchgeführt wurde, hatte sie sehr Angst. Sie befürchtete, sterben zu müssen und war etwa vier Wochen lang depressiv-ängstlich gestimmt. Nach einem angeb-

lich erscheinungsfreien Intervall klagte Patientin Mitte Oktober plötzlich über Körperveränderungsgefühle (ihr Gesicht habe sich verändert, in ihrem Körper gehe etwas vor sich), weinte ununterbrochen und litt unter Schlafstörungen. In der Schule machte sich ein Leistungsabfall bemerkbar (konnte nicht mehr geordnet denken, sich auf nichts mehr konzentrieren). Schließlich verweigerte sie jegliche Nahrung, da sie glaubte, ihre Eltern wollten sie vergiften. Auf Station äußerte sie hypochondrische Ängste, Beziehungsideen, Todesgedanken (ein Mitpatient sei knapp an ihr vorbeigegangen, da habe sie das Gefühl gehabt, daß sie bald sterben müsse), gab akustische Halluzinationen an. Sie klagte über Gedankenabreissen, hatte den Eindruck, daß ihr Gedächtnis immer weniger und weniger werde. Sie wirkte ratlos, extrem verlangsamt, affektdissoziiert. In der Schule (auf Station) war ein völliger Leerlauf bemerkbar.

Therapie: 6 E-Schocks

Diagnose: Incipiente Schizophrenie

Nachuntersuchung: (30.08.74)
Bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine weiteren Kliniksaufenthalte mehr.
Nach der Kliniksentlassung kam die Patientin nicht mehr in der Schule mit (hatte vorher keinerlei Schwierigkeiten in der Sonderschule). Sie verlor auch den Kontakt zu den ehemaligen Freundinnen. Nach der Schulentlassung arbeitete sie in einem REHA-Werk, da es aber überhaupt nicht vorwärtsging, nahmen die Eltern sie nach 1/2 Jahr wieder heraus. Sie ist jetzt Tellerwäscherin. Es wurde ihr schon häufig gekündigt, da man mit ihrer Arbeitsleistung nicht zufrieden war.
Außer zu ihrer Mutter hat sie keinerlei Kontakte mehr. Sie leidet unter ihrer Kontaktarmut, und daß sie es nicht mehr schafft, irgendwo Anschluß zu bekommen. Sie ist sehr stark abhängig von ihrer Mutter und ist im Ganzen sehr unselbständig.

Den Fragen schien sie nur mit Mühe folgen zu können. Sie hat keinerlei Interessen; sie ist sehr passiv, unternimmt nichts alleine, nur wenn ihre Mutter sie zu etwas auffordert. Sie schien intellektuell abgebaut. Bis Frühjahr 74 stand sie in regelmäßiger ambulanter Kontrolle, erhält MELLERIL und EPILAN (abnormes EEG). Wie die Mutter berichtete, hat die Patientin gelegentlich Phasen, wo sie glaubt, die Leute redeten über sie, man schaue sie sonderbar an und behandle sie schlecht. Ihre Stimmung ist stabil mit gelegentlichen Verstimmungen.

Epikrise:
Im Zusammenhang einer Appendektomie akut ausgebrochene Schizophrenie, die zu einem raschen Abbau führte. Defekte im Bereich des Antriebs, Kontakts, der Affekte und im Denken.

IV. Gruppe: In stationärer Dauerbehandlung

Fall IV;1 Walter C. geb. 28.08.1936

Katamnestische Frist: 26 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 21.12.48 - 18.10.49

Familienanamnese: Mutter 1965 wegen paranoider Schizophrenie in Behandlung.

Milieu: ungünstig: Vater sehr jähzornig, schlug den Sohn bei geringsten Anlässen; Mutter glaubte sich ständig von anderen Hausparteien beobachtet und äußerte sich diesbezüglich auch dem Sohn gegenüber.

Eigenanamnese: unauffällige frühkindliche Entwicklung, einziges Kind.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Als Kind immer "zerstreut" gewesen; neigte dazu, sich von den anderen Kindern zurückzuziehen, ordnete sich Kameraden gegenüber meistens unter und gab nach; in der Schule zeigte er beste Erfolge.

war fleißig und gewissenhaft.

Beginn: akut, während eines Ferienaufenthaltes bereits auffällig; erkrankte dort an Scharlach und einer schweren Nephritis; azt. 12;2 a.

Psychopathologisches Bild: Patient verbrachte Sommer in einem Ferienheim. Er fiel dort dadurch auf, daß er sich immer von den Kameraden zurückziehen wollte und sich von ihnen verlacht glaubte. Nach Hause zurückgekehrt, hatte Patient ein eigenartiges Erlebnis: er fühlte sein Gesicht verändert, glaubte, daß es zu einer "gräßlichen Fratze" geworden sei. Da er sich dessen schämte, hielt er von nun an immer den Arm vor das Gesicht (dies gab Patient später als Erklärung für sein Verhalten an). Auf Station lag er den ganzen Tag mit über den Kopf gezogener Decke im Bett. Er spielte und las auch unter der Decke. Er sprach kein Wort und reagierte auf keinerlei Anrede. Bei einer Besprechung unter PENTOTAL-Injektion, gab er an, Stimmen und Geräusche zu hören. Zu einem späteren Zeitpunkt klagte er über Körperveränderungsgefühle und Derealisationserlebnisse. Nach Auflockerung des katatonen Zustandsbildes war er wieder kontaktfähig und zugänglicher, blieb aber völlig interesse- und lustlos.

Therapie: Malaria-Fieberkur

Diagnose: Jugendliche Schizophrenie

Weitere Aufenthalte:
26.07.50 - 15.09.50
05.01.51 - 13.01.51
12.02.51 - 14.04.51
21.04.51 - 04.09.51
30.09.51 - 30.12.54
seit 23.02.1955 in Anstalt

Weiterer Verlauf:
Patient ging einige Zeit in die Schule, bastelte viel, dann wurde er wieder verstärkt antriebslos, lag den ganzen Tag im Bett herum, bereitete in zunehmendem Maße auch

erzieherische Schwierigkeiten. Auf Station gab er an, daß er seine Gedanken nicht mehr zusammenhalten könne, affektiv schien er ziemlich leer. Er fühlte sich müde, abgeschlagen, klagte über ein Brummen im Kopf, das ihn stark behinderte. Im affektiven Bereich bestand bereits ein Defekt.
Es folgten dann vier weitere Aufenthalte, wobei immer wieder versucht wurde, den Patienten in die Schule und in das häusliche Milieu einzugliedern. Der Patient zeigte in zunehmendem Maße ein autistisches, katatoniformes Verhalten. Er stand entweder stundenlang verloren herum, oder saß bewegungslos auf Heizkörpern leer vor sich hinstarrend herum. Gelegentlich war er reizbar, renitent, klagte über Beeinflussungsideen, äußerte Beziehungsideen, hatte akustische Halluzinationen, verbunden mit Angst, Unruhe und dem Drang herumzugehen. Affektiv war er leer, ausgebrannt und lachte zeitweise unmotiviert.
Seit 1955 ist er dauernd anstaltsbedürftig.

Nachuntersuchung: (12.08.74)
Auf Station ist der Patient eher ein Einzelgänger, er hat keinen besonderen Kontakt zu den Mitpatienten, spielt ab und zu Schach oder Karten, aber ohne Begeisterung dafür. Er freut sich an nichts besonders. Früher habe er viel gelesen, jetzt habe er "keine Spannung mehr zum Lesen". Es sei alles "weniger interessant und farbloser" geworden. Seine Stimmung sei meistens traurig. Er macht gelegentlich Botengänge, um Abwechslung zu haben. Den Kontakt zu den anderen Mitpatienten sucht er zwar, aber er sei nicht in der Lage, eine Beziehung aufzubauen.
Sein Vater besuchte ihn manchmal, worüber er sich freue, da sonst niemand zu ihm komme.
Er schläft sehr schlecht (Einschlafstörungen) und morgens komme er dann schlecht aus dem Bett. Er fühlt sich daher nie richtig wohl.
Auf Fragen entstanden immer zunächst sehr lange Pausen, dann antwortete er in einem Redeschwall und war darin nicht zu unterbrechen. Seine Sprache klang verwaschen.

Er berichtete völlig unbeteiligt, während des Gesprächs war sein Gesichtsausdruck starr und leer. Bei den Pausen starrte er ausdruckslos vor sich hin. Beim Gespräch war keinerlei gefühlsmäßige Beteiligung dabei. Er war sehr nervös und gespannt, gab dies auch zu, nestelte konstant an sich herum. Der Gedankengang war klar, er antwortete richtig und geordnet auf alle Fragen. Beim Verabschieden stand er abrupt auf und eilte hastig davon, sein Gang wirkte eckig und er ging stark vornübergebeugt.

Epikrise:
Jugendliche Schizophrenie bei familiärer Belastung, die in mehreren Schüben zu einem derzeit stabilen Defektzustand führte, der sich hauptsächlich im affektiven Bereich und im Antrieb manifestierte.

Fall IV;2 Helmut D. geb. 13.02.1942

Katamnestische Frist: 18 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 24.10.56 - 01.12.56

Familienanamnese: ein Bruder des Großvaters mütterlicherseits beging Selbstmord, ein zweiter Bruder einen Selbstmordversuch.

Milieu: Vater 1944 gefallen; Mutter sehr primitive Persönlichkeit.

Eigenanamnese: uneheliches Kind; bis zum 14. Lebensjahr bei den Großeltern auf dem Land aufgewachsen; sprachliche Entwicklung verzögert.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: lebhaftes Kind, etwas scheu vor Erwachsenen, spielte aber gerne mit anderen Kindern. In der Schule immer schlecht gelernt, mußte zwei Mal repetieren (IQ 86)

Beginn: schleichend, seit 1/2 Jahr auffällig; dzt. 14;8 a

Psychopathologisches Bild: Seit 1/2 Jahr Veränderungen im Benehmen. Patient zog sich von der Umwelt zurück, war trau-

rig verstimmt. In letzter Zeit ging er nicht mehr in die Schule, entwendete der Mutter mehrere kleinere Geldbeträge und ging damit ins Kino oder ließ sich im Taxi stundenlang durch die Stadt fahren. Als die Mutter ihn zur Rede stellte und mit Heimeinweisung drohte, beging er einen Selbstmordversuch. Bei der Aufnahme standen Hemmungen der Affektivität und der Aktivität im Vordergrund; die Stimmungslage war depressiv gefärbt, Konzentration, Merkfähigkeit und Kritik waren im Test maximal herabgesetzt. Es machte sich ein Abbruch jeglicher Beziehungen zur Umwelt bemerkbar. Auf E-Schock-Therapie trat eine gute Remission ein.

Therapie: 5 E-Schocks

Diagnose: beginnende Hebephrenie

Weitere Klinikaufenthalte:
12.04.57 - 27.05.57
11.09.57 - 12.03.59
seit 16.05.1962 in stationärer Dauerbehandlung

Weiterer Verlauf:
Nach Kliniksentlassung ging er nur kurz in die Schule, als ein Mitschüler ihn Selbstmörder nannte, weigerte er sich, den Unterricht weiterhin zu besuchen. Er wurde zunehmend jähzorniger und verbrachte die meiste Zeit zuhause im Bett. Eine Internatsunterbringung scheiterte dadurch, daß Patient immer wieder davonlief und mit Selbstmord drohte. Bei der neuerlichen Aufnahme war er kaum mehr kontaktfähig, zeigte Affektdissoziationen und ein manieristisches Gehabe. Er war in der Arbeitstherapie zu keiner sinnvollen Tätigkeit zu gebrauchen. Wieder zuhause, verhielt er sich renitent, so daß es bereits nach vier Monaten zur neuerlichen Aufnahme kam. Am auffälligsten war sein affektiv unausgeglichenes Verhalten: er antwortete explosiv auf Fragen, blieb dann wieder mitten im Satz stecken, lachte grundlos auf, neigte zum grimassieren, lachte später wieder verlegen oder entschuldigend und machte insgesamt einen scheuen und ängstlichen Eindruck. Nachdem er wieder in häusliche Pflege entlassen wurde, hielt

er sich drei Jahre relativ angepaßt. Allmählich wurde er wieder aggressiver, bedrohte seine Mutter und seine Großmutter, vernachlässigte sich stark, redete verwirrt (Telegrammstil), so daß er nicht mehr zuhause haltbar war. Seit dieser Zeit steht er in stationärer Dauerbehandlung.

Nachuntersuchung: (06.08.74)
Patient machte einen stark debilen Eindruck, er ist völlig antriebslos, sitzt den ganzen Tag untätig herum. Er lächelte konstant leer vor sich hin, Affektdissoziationen waren bemerkbar. In der Kleidung war er sehr unordentlich. Der Pfleger berichtete über seine Vorliebe, altes Brot, Papier und Zeitungen zu sammeln und sich in das Hemd zu stecken; er lehne jede Tätigkeit ab und bedürfe bei allen Verrichtungen Nachhilfe. Er sei sehr ruhig und spreche kaum.

Epikrise:
Es handelte sich um einen hebephrenen Prozeß, der schleichend im Alter von 14 Jahren mit autistischem Verhalten und depressiver Verstimmung begann und rasch zu einem weitgehenden Persönlichkeitsabbau mit Affektverödung und Antriebsversandung führte. Seit 1962 anstaltsbedürftig.

Fall IV;3 Franz H. geb. 12.01.1946

Katamnestische Frist: 16 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 27.05.58 - 06.07.58

Familienanamnese: Vater Sonderling; Großmutter väterlicherseits schwere Melancholikerin.

Milieu: uneheliches Kind; Mutter Landarbeiterin; Kind wuchs bei den Großeltern mütterlicherseits auf, ab 7. Lebensjahr in einem Heim für behinderte Kinder untergebracht.

Eigenanamnese: verzögerte sprachliche Entwicklung, lange Zeit nicht bettrein; ab 4. Lebensjahr zeigten sich die

ersten Störungen in der geistigen Entwicklung; in der Sonderschule des Heims zeigte er gute schulische Leistungen.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Sonderling, hatte wenig Kontakt mit anderen Kindern, er war verschlossen, spielte am liebsten alleine, IQ 84.

Beginn: schleichend, seit [illegible]. Lebensjahr; dzt. 12;[illegible]

Psychopathologisches Bild: Seit dem 4. Lebensjahr beginnende Verhaltensauffälligkeit in dem Sinne, daß Patient bei Wetterumsturz Jähzornsausbrüche zeigte und die Kontrolle über seine Handlungen verlor. Er wurde zunehmend gehemmter, verschloß sich immer mehr der Umgebung, sprach nur im Flüsterton. Er lebte in einer eigenen Welt, reagierte auf Liebe oder Strenge meistens gleichgültig. Auffallend war auch eine gewisse Schmerzunempfindlichkeit. In der Zeit vor der Aufnahme sprach er gelegentlich wirr, von einem Thema auf das andere sprunghaft gleitend. In der Schule Leistungsabfall, die Lehrer konnten nichts mehr mit ihm anfangen.
Auf Station mußte man den Patienten mehrere Male ansprechen, bevor er antwortete, tat dies dann in Ein- oder Zweiwortsätzen. Er grinste jederzeit freundlich, etwas dümmlich anmutend. Er war zunächst völlig antriebslos und auch schwer kontaktgestört, was sich während des Aufenthaltes etwas besserte. Er zeigte keinerlei Stimmungsschwankungen und vermittelte insgesamt den Eindruck einer abgebauten Persönlichkeit.

Therapie: Psychotherapie

Diagnose: autistisches Bild (kindliche Psychose)

Weitere Aufenthalte:
14.03.61 - 15.05.61
13.09.62 - in stationärer Dauerbehandlung

Weiterer Verlauf:
Mit 15 Jahren aus dem Heim an die Klinik eingewiesen wegen eines chronischen substuporösen Zustandsbildes. Er bot das

Bild eines psychischen Defektzustandes mit Autismus und Antriebslosigkeit. Patient war intellektuell stark abgebaut. Er wurde als Pflegefall nach Hause entlassen. War dort bis zu seinem 16. Lebensjahr in der Landwirtschaft tätig. Seit 1962 befindet sich der Patient in stationärer Dauerbehandlung. Der Patient ist völlig apathisch; obwohl er sich schriftlich recht gut verständigen kann, ist er sprachlich stark gehemmt, antwortet nur in einzelnen geflüsterten, kaum verständlichen Worten. Eine Eingliederung in die Arbeitstherapie der Klinik war nie möglich gewesen. Es besteht ein ausgeprägter Defektzustand.

Epikrise:
Wahrscheinlich im 4. Lebensjahr allmählich beginnende kindliche Psychose mit Autismus und Antriebslosigkeit, die innerhalb von 10 Jahren zu einem starken Persönlichkeitsabbau führte. Patient ist seit 1962 anstaltsbedürftig.

Fall IV;4 Peter M. geb. 04.04.1943

Katamnestische Frist: 20 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 02.10.54 - 02.03.55

Familienanamnese: ältere Schwester des Patienten schizophren.

Milieu: sehr ungünstiges Milieu, Mutter Trinkerin (war bereits zweimal auf Entziehungskur); Vater unbekannt; Stiefvater, Trinker, sehr grob und uneinsichtig.

Eigenanamnese: uneheliches Kind; frühkindliche Entwicklung unauffällig;
Patient wurde von der Mutter abgelehnt.
Patient ist Vorletzter von insgesamt vier Geschwistern.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: von der Mutter als eigenwillig und boshaft geschildert; intelligent und ausgesprochen phantasiebegabt.

1. Klasse Hauptschule A-Zug

Beginn: schleichend; dzt. 11;6 a

Psychopathologisches Bild: Drei Jahre vor der Aufnahme, mit neun Jahren, wurde Patient zum ersten Mal auffällig. Er zeigte damals auffallende Ängste, vor allem Clo-Angst (fürchtete von Ratten gebissen und ins Clo gezerrt zu werden). Es war eine leichte Kontakteinbuße bemerkbar. Im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung klangen die Angstsymptome ab. Nach einem halben Jahr verschlechterte sich das Zustandsbild wieder, trat aber nun in veränderter Form auf: Er zerstörte aus Bosheit Bücher und Hefte, war aggressiv gegen die Eltern und vor allem gegen den jüngeren Bruder. Affektiv war er nicht mehr ansprechbar (freute sich sogar wenn er die Mutter weinen sah). Er wusch sich nicht mehr, in der Schule war er so stark vergeßlich geworden, daß er in den B-Zug versetzt werden mußte. Er zeigte sich verlangsamt, total passiv und auffällig still. Schlaf war sehr [illegible] in der Zeit vor der Aufnahme. Auf Station benahm er sich hochgradig aggressiv und heimtückisch. Zu den anderen Kindern hatte er keinerlei Kontakt. Bei Ansprechen errötete er, zeigte eine verträkte Motorik und war stark gehemmt. Anfallsweise lachte er sehr heftig, eher krampfartig-überlaut und konnte kaum aufhören. Besserung des Zustandsbildes nach I-Schock-Therapie.

Therapie: 37 I-Schocks

Diagnose: Kindliche Psychose

Weiterer Verlauf:
Er beendete die Hauptschule (B-Zug) und nahm danach Gelegenheitsarbeiten an. 23.01.63 Klinikeinweisung wegen bestehender Debilität und Erregungszuständen. Er war die Zeit vor der Aufnahme sehr reizbar gewesen, trank viel und bestahl und bedrohte seine Familie. Er war bei der Aufnahme ruhig, der Gedankenablauf war geordnet, etwas verlangsamt, die Stimmungslage war deutlich ängstlich, der Patient machte einen debilen Eindruck. Zu selbstän-

digen Arbeiten ist der Patient nicht fähig, er muß zur Arbeit angehalten werden, sonst ist er ruhig und unauffällig. Seit 1966 beim Anstaltsfriseur tätig.

Epikrise:
Schleichender Beginn mit ausgeprägter Angstsymptomatik, die zunächst neurotisch anmutete, dann aber allmählicher Abbau in Richtung Hebephrenie. Seit 1963 anstaltsbedürftig.

Fall IV;5 Harald L. geb. 12.07.1944

Katamnestische Frist: 22 Jahren

Stationärer Aufenthalt: 11.09.52 - 16.03.53
18.06.53 - 20.07.53

Familienanamnese: unauffällig

Milieu: unauffällig
Patient ist jüngstes Kind von drei Geschwistern (zwei Schwestern).

Eigenanamnese: unerwünschtes Kind (von der Mutter abgelehnt), unauffällige frühkindliche Entwicklung;
mit fünf Jahren unklare fieberhafte Erkrankung (eine Hirnhautentzündung konnte mit einiger Sicherheit ausgeschlossen werden).
Enuresis nocturna

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: stilles, unauffälliges Kind; mittlere Begabung.

Beginn: schleichend, wahrscheinlich zwischen dem 5. und 6. Lebensjahr; dzt. 8;2 a

Psychopathologisches Bild: Seit einem Jahr auffallender Beziehungsabbruch zur Umwelt. Patient sprach in der Schule nur noch mit Klassenkameraden, verstummte sofort sobald der Lehrer oder irgendein Erwachsener sich näherte. Bei der Aufnahme war er ängstlich, scheu, verkroch sich dauernd unter der Bettdecke, war abwehrend und motorisch unruhig.

Er machte einen abwesenden Eindruck, starrte gelegentlich leer vor sich hin. Es traten tic-artige Zuckungen auf und der Patient zeigte zeitweilig faxenhafte bizarre Bewegungen. Besserung des Zustandsbildes nach I-Schock-Therapie.

Diagnose: Kindliche Psychose

Therapie: 50 I-Schocks
Patient wurde nach Hause entlassen, dort sprach er zunächst überhaupt nichts. Erst nach Tagen begann er allmählich Fragen zu stellen. Es fiel dabei auf, daß die Fragen oft denen eines dreijährigen Kindes entsprachen und manchmal öfter wiederholt wurden (i.S. von Stereotypien). Nach kurzer Phase der Besserung begann der Patient, oft ohne für die Umgebung erkennbare Ursache, aggressiv zu werden (sagte u.a. zu seinem Vater: "Wenn ich Dich erschlage, kriege ich Deine Kraft").
Auf Station ebenfalls Wutanfälle mit Schweißausbrüchen, Weinkrämpfen, Stereotypien in den sprachlichen Äußerungen. Es wurde nochmals eine I-Schock-Kur durchgeführt, wonach der Patient gebessert und gut angepaßt wieder entlassen werden konnte.

Diagnose: Defektzustand nach kindlicher Psychose

Weiterer Verlauf:
Patient besuchte die Sonderschule und die letzte Klasse der Normalschule und kam anschließend in eine Lehrlingsvorschule. Zeitweise war er depressiv verstimmt, sonst gut angepaßt und unauffällig. 1961 kam es dann wieder zu vermehrtem Streit mit der Familie. Er lachte gelegentlich unmotiviert, sprach viel mit sich selbst, kam durch Lesen von Karl-May-Romanen in Erregungszustände . Er identifizierte sich ganz mit den Helden der Romane.
Auf Station war er zunächst depressiv verstimmt, schlecht kontaktfähig, zeigte ein abwehrendes und etwas aggressives Verhalten. Es bestanden Zeichen deutlicher Unterbegabung im Sinne einer Debilität. Er gab auch an, daß er sich verändert vorkomme. Er war antriebsgehemmt, lebte nur in der Welt seiner Bücher (die er zwanghaft las, ob-

wohl ihm das Lesen Schwierigkeiten bereitete), suchte keinen Kontakt und kam Befehlen etwas automatenhaft nach. Er zeigte motorische Unruhebewegungen (Wischbewegungen), grimassierte. Beim Ansprechen flüsterte er nur, sprach abgehackt, versandete gelegentlich mitten im Satz, der Ductus war etwas klebrig und perseverierend.
Es kam in der Folgezeit noch zu insgesamt sieben weiteren Kliniksaufenthalten. Er war völlig autistisch, in sich gekehrt, gelegentlich grimassierte er, im Affekt schien er matt, neigte zu Perseverationen und Stereotypien. Er machte zeitweise den Eindruck, unter akustischen Halluzinationen zu stehen. Er blieb stark antriebsarm, unter Medikation verhielt er sich ruhig und angepaßt. Er verstarb am 30.04.74 an einem inoperablen Tumor cerebri, wobei kein Zusammenhang zu dem vorangegangenen psychotischen Verhalten gesehen wird.

Fall IV;6 Helmut E. geb. 18.08.1939

Katamnestische Frist: 20 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 06.09.54 - 18.12.54

Familienanamnese: Vier Blutsverwandte in Psychiatrischen Anstalten (Ursache unbekannt); Vater kontaktarmer Sonderling.

Milieu: Vater 1943 gefallen; 1949 Wiederverheiratung der Mutter, Patient lehnt Stiefvater ab, stößt gegen ihn Verwünschungen aus.

Eigenanamnese: Verzögerte motorische und sprachliche Entwicklung.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Einzelgänger, verschlossen, teilte sich niemandem mit; krankhaft geizig (sparte um des Sparens willens); er war als Kind ruhig, still, beschäftigte sich immer selbst, ging nie ins Kino, da dort geschossen werde; er war gleichgültig gegenüber Zärtlichkeiten. Mittelmäßiger Schüler (Vier Kl. Volksschule; vier Kl. Hauptschule).

Beginn: allmählich, seit ungefähr zwei Jahren; dzt. 15;1 a

Psychopathologisches Bild: Mit zehn Jahren flüchtige psychotische Episode (kam von der Schule nach Hause und schrie, Zwerge hätten ihm Sand in die Augen gestreut. Die Erregungszustände hielten den ganzen Tag über an, er verkroch sich unter der Bettdecke und schrie immer wieder "der Sand kommt, der Sand kommt!". Am nächsten Tag waren die Symptome wieder abgeklungen. Seit dem 12. Lebensjahr zunehmende Verschlechterung des Verhaltens. Er wurde verschlossener, sprach oft tagelang kein Wort, war teilnahmslos, gefühlskalt; gegenüber den Eltern (besonders gegenüber dem Stiefvater) und dem Bruder wurde er ohne Grund aggressiv und stieß Morddrohungen und Verwünschungen gegen sie aus. Er zeigte zahlreiche Zwänge: ging zweimal täglich durch das Haus und rückte alle Schuhabstreifer gerade, änderte Aufträge in merkwürdiger Weise um (sollte z.B. fünf Semmeln kaufen, brachte sechs, weil dies eine gerade Zahl sei). In genau abgegrenzten Gebieten hielt er eine pedantische Ordnung, nichts durfte verrückt werden. Auffallend war auch ein stundenlanges Wiederholen sinnloser Handlungen (Wassergießen). Auf Station war Patient meist ängstlich gespannt, fast mutistisch, gelegentlich kam es zu einer Art täppischer Aggressivität mit Hervorstoßen einzelner Worte, auch Echolalie war bemerkbar. Dem Therapeuten gegenüber zeigte er eine kleinkindhafte, körperliche Zärtlichkeit. Nach I-Schock-Kur verschlechterte sich der Zustand des Patienten, er wurde zunehmend läppisch-enthemmt, distanzlos, es kam zu aggressiven Handlungen, bei Ansprechen wurde er gehemmt, gesperrt, mutistisch. Er verhielt sich situationsinadäquat. Bis zur Entlassung besserte sich das Zustandsbild, jedoch ohne sich grundlegend zu ändern.

Diagnose: Hebephrenie

Therapie: 41 I-Schocks

Weitere Aufenthalte:
29.07.68 - 07.02.69
09.06.61 - in Dauerbehandlung

Weiterer Verlauf:
Er nahm nach Kliniksentlassung verschiedene Hilfsarbeiterposten an, wurde aber wegen Fehlleistungen wieder entlassen. 1965 wurde Patient entmündigt, da er intellektuell weiter abgebaut hatte, Juli 1968 kam es zur 2. Aufnahme (Depressionsschub bei alter Schizophrenie). Er war gehemmt, stuporös, nahm tagelang keine Nahrung zu sich, Stimmungslage depressiv weinerlich. Seit 1971 befindet sich Patient in stationärer Dauerbehandlung. Er wirkte ratlos, autistisch und sehr denkgestört. Zeitweise arbeitete er in der Heimwerkstätte.

Nachuntersuchung: (17.07.74)
Der Patient machte einen äußerlich sehr nachlässigen Eindruck. Die Sprache war verwaschen, er gab nur zögernd Antwort, blickte ratlos umher, war öfters gesperrt (starrte dann leer vor sich auf den Boden). Er erschien sehr antriebsgestört, gehemmt. In der Heimwerkstätte arbeitet er nicht mehr. Er geht viel alleine spazieren. Nach Auskunft der Pfleger hat er keinen richtigen Kontakt mit den Mitpatienten, er sei ein Einzelgänger. Auf den Tod seines Stiefvaters, der ihn als einziger noch besuchte, zeigte er angeblich keinerlei Regungen. Er machte einen stark dementen Eindruck.

Epikrise:
Im Alter von 12 Jahren schleichend beginnender hebephrener Prozeß bei praemorbid bereits auffälliger kontaktgestörter Persönlichkeit. Defektzustand.

Fall IV;7 Herrmann M. geb. 27.07.1942

Katamnestische Frist: 18 Jahre

1. Stationärer Aufenthalt: 26.11.56 - 02.01.57

Familienanamnese: Vater chronischer Alkoholiker; Mutter stark unterbegabt;

Milieu: sehr ärmliche, primitive Verhältnisse, verwahrlost.

Eigenanamnese: häufiger Wohnortwechsel in der Kleinkindzeit; Über frühkindliche Entwicklung nichts genaueres bekannt; seit Frühjahr 1956 in Erziehungsheim wegen sittlicher Verwahrlosung, sexueller Delikte und Erziehungsschwierigkeiten.

Praemorbide Persönlichkeitsstruktur: Mangel an Kritikfähigkeit, Kontakt nur zu den schwachst begabten Mitschülern im Heim.

Beginn: schleichend, seit zwei Jahren auffällig, dzt. 14;4 a

Psychopathologisches Bild: Fiel im Erziehungsheim durch Phasen auf, in denen er apathisch war, bei Ansprechen sofort zu weinen begann, stundenlang vor dem Waschbecken stand und mit dem Kopf hin- und herwackelte. Er berichtete gelegentlich über Angstzustände, litt unter Schlafstörungen und verweigerte die Nahrung. Eines Tages konnte er nicht mehr rechnen, produzierte nur noch sinnlose Striche ("Kurzschrift"), hatte keinen Kontakt mehr zu den Mitschülern noch zu den Heimerziehern. Zeigte auf Station zunächst klebriges, distanzloses, kritikloses Verhalten, war sexuell enthemmt (onanierte vor den Kindern) und verfiel zeitweise in einen stuporösen Zustand. Vorübergehend äußerte er paranoide Ideen (Beziehungsideen, Beeinflussungserlebnisse, Verfremdungserlebnisse, Verkennen von Gegenständen) faselte und berichtet über akustische Halluzinationen. Die Symptome klangen ohne Therapie wieder ab.

Diagnose: Hebephrener Prozeß, stuporöses Bild

Weiterer Verlauf: Patient wurde im weiteren Verlauf bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch 18mal unter der Diagnose (paranoide) Schizophrenie aufgenommen. Er bot jeweils ein buntes psychopathologisches Bild mit paranoiden Ideen, Halluzinationen, Störungen im Gedankenablauf, im Antrieb und im Affekt. Die letzte Aufnahme erfolgte im

Februar 1974. Er war dysphorisch verstimmt, uneinsichtig, kritiklos, weitschweifig, im Ductus abspringend bis zerfahren , motorisch unruhig, distanzlos, sehr logorrhoisch. Er wirkte ängstlich und unruhig. Bereits nach der 2. Aufnahme 1964 war er zu keiner ordentlichen Arbeit mehr fähig, konnte nur noch im häuslichen Milieu gehalten werden, bei gelegentlicher Arbeit in der Landwirtschaft.
Zur Zeit der Nachuntersuchung war Patient beurlaubt von der Klinik (d.h. noch nicht endgültig nach Hause entlassen). Er ist zur Zeit mäßig sozial angepaßt, derzeit nicht arbeitsfähig. Es besteht ein Defektzustand bei chronischer Schizophrenie im Bereich des Antriebs und der Affektivität, im Sinn einer Affektverflachung, Affektverarmung (Gespräch mit dem behandelnden Arzt am 20.08.74).

Epikrise:
Schleichend beginnende Schizophrenie, die zu insgesamt 19 Aufnahmen mit reicher Symptomatik führte und rasch zu Defekten im Bereich des Antriebs und des Affektes führte.

B. 1. ERKRANKUNGSALTER

Zu Beginn der Diskussion verschiedener Faktoren zum Zeitpunkt der Manifestation der Psychose soll das Alter der Patienten stehen. Dem Erkrankungsalter kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, als das Kind, seinem Alter und somit dem Stand der Persönlichkeitsentwicklung entsprechend, auf den Einbruch der Psychose reagiert. TRAMER wertet den "Zeitfaktor" d.h. den allgemeinen Entwicklungsstand des Kindes, als einen besonders wichtigen Faktor für die symptomatische Ausgestaltung der Psychose. TRAMER fand in seinen Untersuchungen kritische "schizophrenaffine Phasen", in denen gehäuft die Psychose sich manifestierte: 1. Phase (3. - 4. Lebensjahr) Affektkrise, 2. Phase (6. - 8. Lebensjahr) Verstandesphase und die 3. Phase in der Spätpubertät. TRAMER macht für diese phasenspezifische Verteilung u.a. einen Mangel an kontinuierlicher Entwicklung und Reifung der Persönlichkeit in diesen Phasen verantwortlich, in denen rasche und starke Umwandlungen der Persönlichkeit stattfinden. Bei unserem Patientengut lag in der I. Gruppe das Alter bei Erkrankungsbeginn zwischen 13;8 und 14;10 Jahren, im Durchschnitt bei 14;0 Jahren (männlich = weiblich). In der II. Gruppe waren die Kinder zwischen 10 und 14 Jahren alt (männlich: 13;11 - weiblich 10). Bei dem Mädchen der Gruppe lagen zwischen dem schleichenden Beginn der Erkrankung und dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme ungefähr zwei Jahre. Die Kinder aus der III. Gruppe waren bei Erkrankungsbeginn zwischen 9 und 14 Jahre alt, die Mädchen (4) im Durchschnitt 12;2, die beiden Jungen 12. Bei der stationären Aufnahme lag das Alter der Mädchen zwischen 13;6 und 14;9 Jahren (Durchschnitt: 14;0) und bei den Jungen zwischen 12;3 und 14;o (im Durchschnitt 13;1). Die "Initialperiode" (USCHAKOV) dauerte bei den schleichend beginnenden Verläufen zwischen einem Jahr (III;3.) und fünf Jahren (III;1.). Die Kinder in der IV. Gruppe waren bei Erkrankungsbeginn zwischen vier und 14 Jahren alt (im Durchschnitt 9;10). Zum Zeit-

punkt der stationären Aufnahme lag das Alter zwischen 8;2 und 15;1 Jahren (im Durschschnitt 12;7). Die Dauer der "Initialperiode" betrug hier zwischen 1/2 Jahr und neun Jahren (IV;3.)! Wie aus dieser Aufstellung und den Diagrammen 1,4 und 5 zu ersehen ist, befinden sich alle vier Kinder, die vor dem 10. Lebensjahr erkrankten, in den beiden letzten Gruppen mit schlechtem Ausgang (eines in der III. Gruppe, drei in der IV. Gruppe).
Zwei Patienten (III;3. und IV;7) boten lange vor Behandlungsbeginn Wesensauffälligkeiten, die sich in Erziehungsschwierigkeiten und aufsässigem Verhalten in der Schule äußerten. Da es aber nicht genügend gesichert war, daß bereits diese Wesensänderungen psychotischer Natur waren, wurden sie nicht zu den kindlichen Schizophrenien gerechnet. Bei einem Patienten (IV;6) trat im Alter von zehn Jahren eine flüchtige psychotische Periode auf, die nach einem Tag wieder völlig defektfrei abklang. Da ein Zusammenhang zwischen dieser Episode und der in der Präpubertät ausbrechenden schizophrenen Psychose nicht mit Sicherheit herzustellen war, wurde auch dieser Fall nicht in die Reihe der kindlichen Psychosen mit einbezogen.
Auf Grund der kleinen Zahl der untersuchten kindlichen Schizophrenien, die alle einen ungünstigen Verlauf nahmen, können keine signifikanten Aussagen über die Beziehung zwischen Erkrankungsalter und Prognose gemacht werden. Jedoch werden die eigenen Ergebnisse bestätigt durch die Befunde von EGGERS (1973), LUTZ (1964), SPIEL (1971), STRUNK, STUTTE (1957) und WIECK, die auf die besonders ungünstige Prognose der im Kindesalter sich manifestierenden Psychose hinweisen. SPIEL (1971) betont, daß je jünger das Kind bei Erkrankungsbeginn sei, d.h. je früher die sich entfaltende Persönlichkeit "befallen" werde, desto globaler der Ausfall sei, bzw. je älter das Kind sei, desto differenzierter, umschriebener machten sich die Ausfälle bemerkbar. Auch BAUMANN und VEDDER weisen auf die gravierenden Einflüsse der infantilen Schizophrenie auf die Persönlichkeitsentwicklung hin. Gerade die noch nicht ausdifferenzierte kindliche Persönlichkeit sei völlig ungeschützt und

Diagramm 1 (Erkrankungsalter)

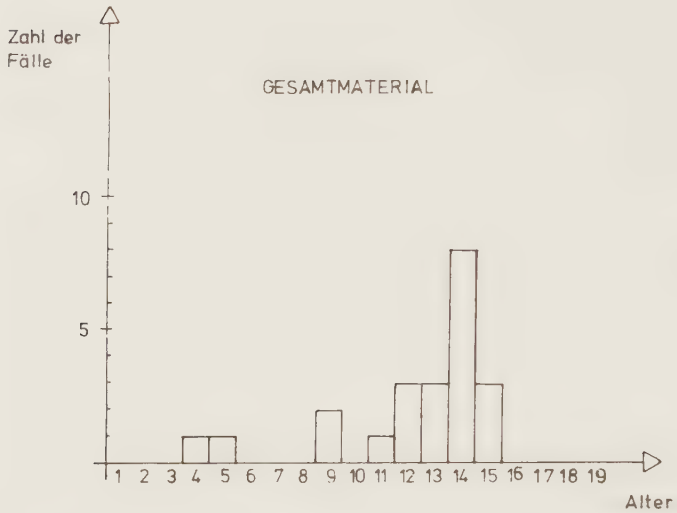


Diagramm 2 (Erkrankungsalter)

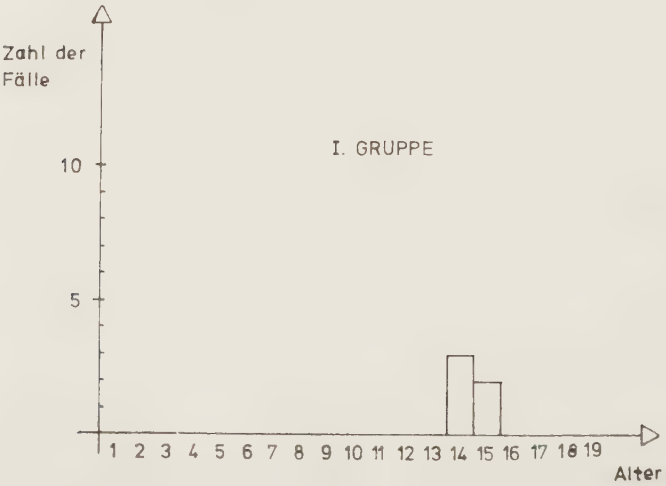


Diagramm 3 (Erkrankungsalter)

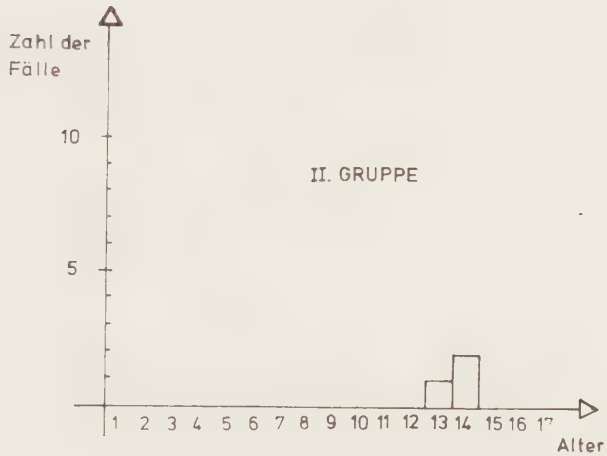


Diagramm 4 (Erkrankungsalter)

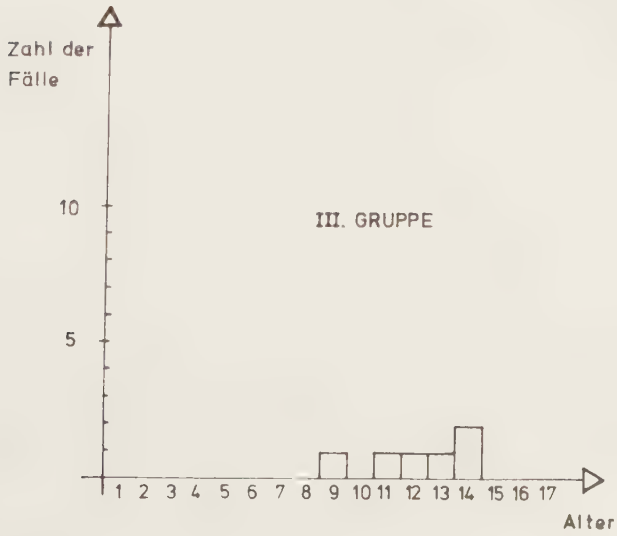
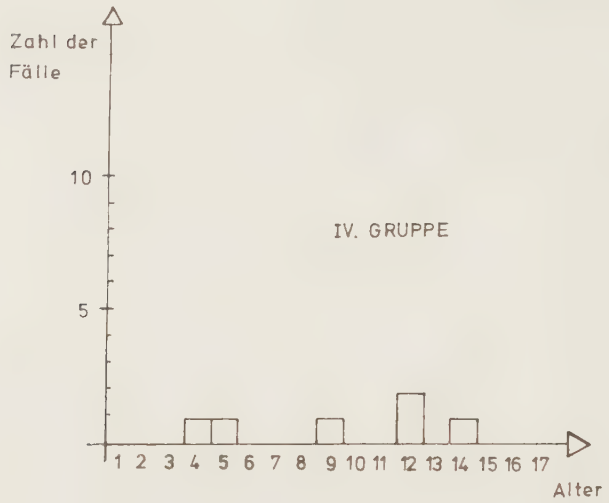


Diagramm 5 (Erkrankungsalter)



offen den psychotischen Einflüssen ausgesetzt.

2. GESCHLECHT

Im Gesamtmaterial waren die Jungen doppelt so häufig wie die Mädchen vertreten (14:7). Sie überwogen auch bei den beiden prognostisch ungünstigen Gruppen(9:4). Auch BOSCH, SPIEL (1961), VOGEL und LEMPP (1961), wie auch WIECK, fanden in ihren Untersuchungen ein Überwiegen der Knaben gegenüber den Mädchen. Lediglich bei den akuten präpuberalen Verläufen fanden SPIEL (1961) und SUCHAREWA(1932) ein Dominieren der Mädchen. Bei den frühinfantilen Schizophrenien überwogen in den Untersuchungen von SUCHAREWA (1932) und STUTTE (1959) die Knaben (STUTTE dreieinhalbmal so häufig). STUTTE (1959) fand jedoch im Gesamtmaterial keinen Unterschied hinsichtlich der prognostischen Erwartungen. Überprüft man die Geschlechtsverteilung in den verschiedenen Verlaufsgruppen bei der umfangreichen Untersuchung von EGGERS (1973), so kann man dort ein Über-

wiegen der Mädchen bei den Verläufen mit ungünstigem Ausgang finden. Im Gesamtmaterial der echten Schizophrenien dominierten ebenfalls die Mädchen.
Da in dem vorliegenden Patientengut der Verlauf der Erkrankung auch bei vier der insgesamt sieben Mädchen ungünstig war, kann dieser Untersuchung aus dem Geschlecht keine prognostische Aussage abgeleitet werden.

3. BESONDERHEITEN DES VERLAUFS

3.1. Beginn der Psychose

In der I. Gruppe begann die Psychose in allen fünf Fällen innerhalb von wenigen Wochen bzw. wenigen Tagen. Die Änderungen im Verhalten der Kinder bzw. Jugendlichen waren dergestalt, daß die Umgebung (Eltern, Schule) diese Auffälligkeiten als krankhaft bewertete, und die Kinder innerhalb kurzer Zeit durch den Hausarzt oder direkt in psychiatrische Behandlung gegeben wurden.
In der II. Gruppe waren die Anfänge der Psychose ähnlich denen in der I. Gruppe; von den drei Fällen begannen zwei akut. Im 3. Fall (II;2), einer schleichend beginnenden Psychose, waren seit zwei Jahren Verhaltensänderungen wahrgenommen worden, ein totales Schulversagen führte dann auf Rat der Schule zur Einweisung.
In der III. und IV. Gruppe überwogen die schleichend beginnenden Psychosen: Bei vier von sechs Kindern (III. Gruppe) entwickelte sich die Psychose allmählich, im Laufe mehrerer Jahre. In einem Fall (III;1) lagen zwischen Beginn der geistigen Störung und dem Zeitpunkt des 1. Klinikaufenthaltes sechs Jahre. In der IV. Gruppe erkrankten sechs der sieben Kinder allmählich, so daß die Verhaltensauffälligkeiten,die sich in fünf Fällen zunächst in Erziehungsschwierigkeiten äußerten, als Boshaftigkeit, Frechheit und Eigensinn (IV;4) verkannt wurden, und man mit entsprechenden erzieherischen Mitteln versuchte,sie zu beeinflussen. Ein Junge wurde zunächst in ein Heim für

schwer erziehbare Kinder eingewiesen, von wo er dann nach einem halben Jahr in psychiatrische Behandlung überstellt wurde (IV;7). Auch in dieser Gruppe lagen zwischen dem ersten Auftreten psychischer Störungen und dem Zeitpunkt der Behandlung bei den schleichend beginnenden Fällen durchschnittlich drei Jahre, in einem Fall (IV;3) neun Jahre. Nur bei einem Jungen der Gruppe (IV;1) setzte die Psychose akut nach einem Ferienaufenthalt ein, was zu einer raschen Klinikseinweisung führte. Wie aus dieser Übersicht und der Tabelle Nr. 1 zu ersehen ist, überwiegen die akuten Verläufe (insgesamt zehn) in den beiden ersten Gruppen mit guter Sozialremission, während in der III. und IV. Gruppe die schleichenden Verlaufsformen vorherrschen. Bei den vier kindlichen Schizophrenien (Beginn vor dem 10. Lebensjahr) wurden ausschließlich schleichende Verlaufsformen gefunden, die alle vier zu schweren Defekten führten. Bei den präpuberalen Erkrankungen (10 - 15 Jahre) handelte es sich in sieben Fällen um einen schleichenden Beginn und in zehn Fällen um einen akuten Ausbruch der Psychose. Die Aussagen von EGGERS (1973), KAESS, VAN KREVELEN (a), LEMPP (1966), von STOCKERT (1957) und STUTTE (1957) bestätigen die Befunde, daß in der Präpubertät die akuten Verlaufsformen überwiegen. Im Gegensatz hierzu fand SPIEL (1961) unter 57 präpuberalen Schizophrenien häufiger schleichend beginnende Verlaufsformen als akute (34:23).
Auf ein Überwiegen der schleichenden Verlaufsformen im Kindesalter (unter zehn Jahren) weisen EGGERS (1973) (7:4), SUCHAREWA (1932) (20:5) und USCHAKOV (1965) in ihren Untersuchungen hin. Auch bei dieser Altersgruppe gelangte SPIEL (1961) zu gegensätzlichen Befunden: Bei 17 kindlichen Schizophrenien fand SPIEL nur in sechs Fällen einen schleichenden Beginn.
Die Befunde von USCHAKOV (1965) ergaben bei 223 untersuchten Verläufen ein Überwiegen der chronischen Verlaufsformen; jedoch ist aus der Aufstellung nicht genau zu ersehen, wie hoch der Anteil der kindlichen Schizophrenien an dem Gesamtmaterial ist, da, wie auch USCHAKOV hervorhebt, die schleichenden Verläufe im Vorschulalter überwiegen. Bezüglich der prognostischen Bedeutung der verschiedenen

Verlaufsformen berichtet STUTTE (1959) bei 74 % der akuten Verläufe von einem günstigen Ausgang, während bei den langsam-schleichend beginnenden Psychosen nur in 26 % ein günstiger Verlauf vorlag. Auch EGGERS (1973), LUTZ (1974), SPIEL (1971) und STRUNK (1971) weisen auf die bessere Prognose der akut einsetzenden, wellenförmigen Verläufe hin gegenüber den schleichend beginnenden und langsam weiterschreitenden. Dagegen ist die Prognose der akut einsetzenden Psychosen im Kindesalter nach den Befunden von EGGERS (1973) und SUCHAREWA (1932) als sehr schlecht zu beurteilen. Alle Fälle akut verlaufender kindlicher Schizophrenien (EGGERS acht, SUCHAREWA fünf (20 %)) führten zu schweren Defektzuständen. Die günstigere Prognose der schleichend verlaufenden kindlichen Schizophrenien erklärt SUCHAREWA (1969) mit einer Kompensation der destruktiven Prozesse durch physiologische Prozesse, welche die Wachstumstendenzen der kindlichen Persönlichkeit zum Ausdruck brächten. Somit kommt dem Beginn der Erkrankung eine prognostische Bedeutung zu, wie aus den eigenen Befunden hervorging und wie auch zahlreiche Angaben in der Literatur bestätigen.

3.2. ANZAHL DER EPISODEN

Da zu erwarten wäre, daß mit steigender Anzahl der Episoden die Prognose zunehmend ungünstiger wird, soll dies innerhalb der vier Gruppen untersucht und verglichen werden. Zudem interessiert, ob es Unterschiede in der Dauer des ersten Aufenthaltes zwischen den Gruppen gibt, d.h. es besteht die Frage, inwieweit Dauer und Anzahl der Episoden eine prognostische Aussage zulassen (siehe hierzu Tabelle 1).
Im Durchschnitt betrug die Anzahl der Episoden, die zu Aufnahmen führten, in der I. Gruppe 4,2 Monate, in der II. Gruppe 3,6, in der III. Gruppe 3,3 und in der IV. Gruppe 6,7 Monate. Innerhalb der vier Gruppen sind bezüglich der Anzahl der stationären Aufenthalte keine wesent-

lichen Unterschiede festzustellen. Der Grund weshalb die Anzahl der Aufenthalte in der III. und IV. Gruppe nicht viel höher liegt als in der I. und II., wie man es erwarten könnte, kann auf der Tatsache beruhen, daß die bereits defektuös veränderten Kinder nach dem Kliniksaufenthalt sofort in Heime für behinderte Kinder gegeben wurden (III;1, IV;2, IV;3) oder lange Zeit im häuslichen Milieu gehalten wurden, da die Angehörigen weitere Kliniksaufenthalte vermeiden wollten. So kamen viele der Patienten erst wieder zur Aufnahme, als sie zuhause überhaupt nicht mehr haltbar waren oder wurden durch die Polizei eingewiesen, die auf sie aufmerksam gemacht wurde. Dagegen waren in der I. und II. Gruppe die freiwilligen Aufnahmen sehr häufig, da die Patienten selbst oder deren Angehörige Veränderungen, die im Zusammenhang mit einem neuen Schub standen, sofort registrierten und als krankhaft erkannten, und sich daher auch rasch an die Klinik wandten.
Die Häufigkeit der Episoden läßt somit keine prognostischen Aussagen bezüglich des weiteren Verlaufs und der Remission zu.
Bei einem Patienten aus der I. Gruppe (I;1) kam es bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung insgesamt zu acht Episoden ohne bis jetzt zu einem Persönlichkeitsabbau geführt zu haben, während bei einem Patienten (IV;4) aus der IV. Gruppe bereits die zweite Exacerbation zur Dauerhospitalisierung geführt hat.
Auch EGGERS (1973) berichtet in seinen Untersuchungen von akut verlaufenden Psychosen mit Ausgang in sehr guter bis befriedigender Remission nach 17 Episoden, während bei den schlecht remittierten Patienten maximal zehn vorkamen.

Tabelle 1:

Fälle (Beginn: s = schleichend a = akut	Anzahl der Aufenthalte	Dauer des 1. Aufenthaltes	Intervall zw. 1. u. 2. Aufenthalt (Jahre)	Katamnestische Frist (Jahre)
I;1 (a)	8	2 Mo	5	23
I;2 (a)	1	1,5 Mo	-	21
I;3 (a)	4	3 Mo	3 a	21
I;4 (a)	6	4 Mo	1	10
I;5 (a)	2	2 Mo	5	7
II;1 (a)	4	3 Mo	6	12
II;2 (s)	3	2,5 Mo	5	21
II;3 (a)	4	2,5 Mo	1	7
III;1 (s)	3	1 Mo	16	17
III;2 (a)	4	5 Mo	4	14
III;3 (s)	7	6 Mo	1	18
III;4 (s)	3	2 Mo	3	8
III;5 (s)	2	2 Mo	1	2
III;6 (a)	1	2 Mo	-	5 1/2
IV;1 (a)	6	10 Mo	1	26
IV;2 (s)	5	1 Mo	1	18
IV;3 (s)	3	1,5 Mo	3	16
IV;4 (s)	2	3 Mo	8	20
IV;5 (s)	9	6 Mo	1	22
IV;6 (s)	3	3 Mo	14	20
IV;7 (s)	19	1 Mo	1	18

3.3. Dauer des ersten Aufenthaltes

Die Dauer des ersten Aufenthaltes lag in der I. Gruppe mit guter Sozialremission zwischen 1,5 und 4 Monaten, (im Durchschnitt bei 2,5 Monaten), in der II. Gruppe zwischen 2,5 und 3 Monaten (durchschnittlich 2,6 Monate), in der III. Gruppe betrug der erste stationäre Aufenthalt zwischen eins und sechs Monaten (durchschnittlich 3,0 Monate) und in der IV. Gruppe mit der schlechtesten Prognose lag die Aufenthaltsdauer zwischen einem Monat und zehn Monaten (durchschnittlich 3,6 Monate) (Aufgliederung siehe Tabelle 1). Somit unterschieden sich die günstig verlaufenden Fälle in der Dauer der ersten Episode nur geringfügig von den ungünstigen Krankheitsverläufen.
Diese Ergebnisse werden bestätigt durch die Untersuchungen von EGGERS (1973) an einem größeren Krankengut. Auch er fand keine wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Verläufen in der Dauer der Episoden.

3.4. Intervall zwischen dem ersten und dem zweiten Aufenthalt

Eine größere Bedeutung als der Anzahl der Episoden über einen längeren Zeitraum könnte den Krankheitsintervallen zwischen den Episoden zukommen. Es soll daher zwischen den Gruppen verglichen werden, inwieweit Unterschiede in der Häufigkeit der Wiedererkrankungen innerhalb eines begrenzten Zeitraums (ein Jahr, fünf Jahre) bestanden. (beachte Aufgliederung in Tabelle 1).
In der I. Gruppe sind zwei der fünf Kinder innerhalb der ersten fünf Jahre nach dem ersten Kliniksaufenthalt wiedererkrankt, bei zwei Kindern erfolgte der zweite Schub nach Ablauf von fünf Jahren, während ein Kind bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (21 Jahre) nicht wiedererkrankte.
In der II. Gruppe erkrankte eine Kind nach 17 Monaten, d.h.

also innerhalb der Fünf-Jahres-Grenze, während die beiden anderen Kinder der Gruppe nach Ablauf von fünf bzw. sechs Jahren den zweiten Schub einer Psychose durchmachten.

In der III. Gruppe sind es bereits vier Kinder, die innerhalb der ersten fünf Jahre ein zweites Mal erkrankten, während es nur noch bei einem Kind nach Ablauf von 16 Jahren zu einer zweiten Aufnahme kam. In diesem Fall (III;1) muß allerdings bemerkt werden, daß das Mädchen nach dem ersten Kliniksaufenthalt in ein Heim für behinderte Kinder gegeben wurde, da sie in einem normalen häuslichen Milieu nicht mehr haltbar gewesen wäre. Nach der Entlassung aus dem Heim, kam sie in die Fürsorge von Ordensschwestern. Nachdem dann das Mädchen kürzere Zeit zuhause lebte kam es zur zweiten Aufnahme. Es liegt der Verdacht nahe, daß ohne diese langjährige fürsorgerliche Pflege das Mädchen bereits früher zur zweiten Aufnahme gekommen wäre. Andererseits läßt sich aus diesem Fall auch ersehen, daß unter intensiver Betreuung defektuös stark veränderte Kinder durchaus noch über längere Zeit zur Ausübung einer sinnvollen Tätigkeit imstande sind. Ein Kind aus der III. Gruppe ist bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (katamnestische Frist 5 1/2 Jahre) nicht wiedererkrankt.

In der IV. Gruppe erfolgte der zweite Schub der Psychose bei fünf Kindern innerhalb der Fünf-Jahres-Grenze, vier von diesen fünf Kindern erkrankten wieder innerhalb des ersten Jahres. Bei zwei Kindern führte der allmähliche Abbau der Persönlichkeit erst nach acht bzw. 14 Jahren zur zweiten Aufnahme. Sie waren beide bereits Jahre vor der zweiten Aufnahme entmündigt worden und nur noch im häuslichen Milieu haltbar gewesen.

Es läßt sich hieraus ersehen, daß eine Wiedererkrankung innerhalb des ersten Jahres eine ungünstige Prognose wahrscheinlich macht. Von sieben Kindern, die innerhalb der Ein-Jahres-Grenze wieder aufgenommen werden mußten, befinden sich sechs in den beiden letzten Gruppen (2/III; 4/IV). Von 12 Kindern, die innerhalb der Fünf-Jahres-Gren-

ze wiedererkrankten, nahmen neun Fälle einen ungünstigen Verlauf.

3.5. Ausbildung von Defekten

Leichte Defektzeichen im Sinne der zu Anfang gegebenen Definition traten in der II. Gruppe bei einem Jungen nach dem zweiten Schub, bei den anderen beiden Kindern nach dem dritten Schub auf.
In der III. Gruppe manifestierten sich bei drei Mädchen erste Defektzeichen bereits nach dem ersten stationären Aufenthalt, bei den beiden Jungen und einem Mädchen nach dem zweiten Schub.
In der IV. Gruppe waren Auffälligkeiten im Sinne von bleibenden Defekten in fünf Fällen nach dem ersten Schub, bei zwei Jungen nach dem zweiten Schub bemerkbar.
Diese Befunde stimmen mit denen von EGGERS (1973) überein, der in der überwiegenden Mehrzahl der nicht voll remittierten Patienten die ersten Defektzeichen nach dem ersten Schub fand. Somit konnte auch bei dem vorliegenden Patientengut die Erfahrung von MAUTZ bestätigt werden, der auf die Bedeutung des dritten Schubes für den Verlauf der rezidivierenden Psychosen hinweist. Bleibt ein Defekt oder eine starke Verblödung bis zum dritten Schub aus, so ist, nach der Auffassung von MAUTZ, damit später nicht mehr zu rechnen.

4. KÖRPERLICHER BEFUND

Die körperliche Untersuchung ergab bei zwei Kindern (IV;5, III;2) auffällige konstitutionelle Befunde. Bei einer Patientin aus der III. Gruppe handelte es sich um ein aufgeschossenes, schlankwüchsiges Mädchen (III;2), welches sehr viel reifer als ihrem Alter entsprechend erschien. Bei dem Jungen aus der IV. Gruppe (IV;5) bestand ein Ent-

wicklungsrückstand von mehr als zwei Jahren. Bei den übrigen 19 Kindern waren aus den Krankenblättern keine groben Auffälligkeiten zu entnehmen.
In den Untersuchungen von LEMPP (1973) ergaben sich bemerkenswert häufig auffällige Konstitutionsbefunde (11 von 27 Patienten). LEMPP fand in sechs der auffälligen Befunde eine deutliche Akzelleration der körperlichen Entwicklung bei Mädchen, wie wir es in dem einen Fall fanden, was eine Gefahr der Überforderung durch die Umwelt mit sich bringe (LEMPP). Auch A. JAEGER fand in ihren Untersuchungen über Pubertätskrisen in der Gruppe der "initialen Schizophrenien" häufig dysplastische Stigmen. WIECK berichtet ebenfalls von einer übernormalen Häufigkeit von Reifungsdysharmonien.
Leider geht aus den genannten Arbeiten nicht hervor, inwieweit diesen Reifungsdysharmonien eine prognostische Bedeutung zukommt. Jedoch ist anzunehmen, daß derartige Diskrepanzen zwischen körperlicher und seelischer Entwicklung eine Belastung für diese Kinder darstellen. Diese chronischen Spannungszustände, in denen sich die Kinder durch eine ständige Überforderung durch die Umwelt befinden, können eine erhöhte Anfälligkeit für eine Dekompensation in die Psychose bedingen und können auch in der Remissionsphase sich negativ auswirken, wie es HÄFNER (1968) für erwachsene Schizophrene nachweisen konnte.
Die neurologische Untersuchung ergab, abgesehen von geringen Differenzen bei der Reflexauslösung, keine besonderen Auffälligkeiten.
Das EEG war bei zwei Patienten (I;3, I;2) der I. Gruppe und bei einem Mädchen aus der III. Gruppe auffällig gewesen. In allen anderen 11 Fällen, in denen ein EEG durchgeführt wurde, ergab dieses normale Befunde. Liquoruntersuchungen wurden nur bei insgesamt drei Kindern durchgeführt, je einmal in der I., in der III. und in der IV. Gruppe. In allen drei Fällen diente die Liquorpunktion dazu, eine cerebrale Erkrankung auszuschließen. Die Untersuchung ergab in allen drei Fällen normale Ergebnisse. Im

Gegensatz zu den Untersuchungen von LEMPP (1973) ergaben die zuletzt genannten Untersuchungsmethoden insgesamt keine auffallend häufige pathologische somatische Befunde. In den Untersuchungen von LEMPP (1973) fanden sich übernormal häufig Hinweise für organische Schädigungen in der Vorgeschichte.

5. VERLAUF DER KÖRPERLICHEN ENTWICKLUNG

Die körperliche Entwicklung war insgesamt in 8 von 21 Fällen gestört.
In der I. Gruppe (5) verliefen bei allen fünf Patienten die Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit, wie auch die sprachliche und statische Entwicklung unauffällig.
In der II. Gruppe trat bei einer Patientin im Alter von 11 Monaten eine unklare Erkrankung mit Fraisen und Bewußtlosigkeit auf, in deren Anschluß die Patientin das Gehen vorübergehend wieder einstellte und erst im Alter von zwei Jahren zu sprechen begann.
In der III. Gruppe (6) waren in zwei Fällen der Schwangerschaftsverlauf gestört. Bei einer Patientin handelte es sich um eine Frühgeburt im achten Schwangerschaftsmonat. Im zweiten Fall bestand über die ganze Schwangerschaft hin ein starkes Erbrechen mit Gewichtsverlust der Mutter. Die statische Entwicklung war in vier Fällen verzögert, die sprachliche Entwicklung in drei Fällen. Insgesamt waren bei vier Kindern Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung feststellbar.
In der IV. Gruppe sind keine Störungen im Schwangerschaftsverlauf, der Geburt oder der Säuglingszeit bekannt geworden. (In zwei Fällen konnten darüber aus den Krankenblättern keine Angaben gewonnen werden.) Eine auffallende Verzögerung in der motorischen Entwicklung wurde jedoch insgesamt in drei Fällen erwähnt: In einem Fall war die statische Entwicklung, in drei Fällen die sprachliche Entwick-

lung stark verlangsamt.
Somit fanden sich nur in der III. und IV. Gruppe Angaben über eine primär gestörte sprachliche (6) beziehungsweise statische (5) Entwicklung.
Auch LEMPP (1973) fand in seinen Untersuchungen bei ungefähr einem Drittel bis einem Viertel der schizophrenen Kinder (insgesamt 29) deutliche Verzögerungen in der sprachlichen Entwicklung. Insgesamt fanden sich bei dieser Untersuchung in über zwei Drittel der Fälle (19 Patienten) Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt, der Säuglingsentwicklung und Verzögerungen der motorischen bzw. sprachlichen Entwicklung.
Inwieweit diesen übernormal häufigen pathologischen Befunden eine prognostische Bedeutung zukommt (sieben der gestörten körperlichen Entwicklungen befinden sich in der III. und der IV. Gruppe!) kann auf Grund der kleinen Anzahl der Patienten nicht eindeutig entschieden werden.

6. PRÄMORBIDE PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR

Der Struktur der Persönlichkeit des Kindes vor Ausbruch der Psychose kommt insofern eine große Bedeutung zu, als diese das Bild und den Verlauf der Psychose mitbestimmt. Auf die Bedeutung der Primärpersönlichkeit für die Vielseitigkeit der klinischen Erscheinungsbilder der Psychose sowie der Verlaufsgestaltung weisen besonders EGGERS und STUTTE (1969) hin. KRINGLEN (1971) fand in seiner Zwillingsforschung bei später Schizophrenen übereinstimmende Persönlichkeitsfaktoren in der Kindheit: Der schizophrene Zwilling ist oft der unterwürfigere, zurückhaltende und einsamere, der unterlegenere und abhängigere gewesen. Er ist auch häufig der nervösere in der Kindheit gewesen und hatte prämorbid weniger Freunde und Freundinnen. Bezüglich der Angaben über die Primärpersönlichkeit der Kinder darf auch der Einwand von LEMPP (1973) nicht unbeachtet bleiben, daß die Beschreibungen der Eltern oft

sehr subjektiv sind, und sie unter dem schockierenden Eindruck der plötzlich aufgetretenen Wesensänderungen das frühere Verhalten ihrer Kinder besonders positiv und ungestört dazustellen versuchen.
Es wurden in den Krankenblättern bei 11 der 21 Kinder Angaben über auffällige Charakteren vor Krankheitsbeginn gefunden. Acht Kinder wurden als beliebt, aufgeschlossen und fröhlich geschildert. Die häufigsten Angaben sind in Tabelle Nr. 2 zusammengestellt.

Tabelle 2:

PRÄMORBIDE PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR

	I. Gruppe		II. Gruppe		III. Gruppe		IV. Gruppe	Insgesamt
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
auffällig gewissenhaft, ordnungsliebend pedantisch	1		1					2
kontaktgestört				1		2	1	4
scheu, zurückgezogen, gehemmt				1		2		3
ausgesprochen brav, ruhig, still, sich unterordnend (Ich-Schwäche)				1			1	2
nervös, ängstlich			1					1
Einzelgänger	1				2	1	3	7
verschlossen							2	2
disziplinäre Schwierigkeiten bereitend					1		1	2
psychisch unauffällig	2	2	1				3	8
ohne genaue Angaben						1	1	2
insgesamt auffällige Kinder	1		1	1	1	4	3	11

In den vier Gruppen ergab sich folgendes Bild der Primärpersönlichkeiten:
Von den Kindern aus der I. Gruppe wurden vier der insgesamt fünf als völlig unauffällig geschildert. Es handelte sich bei allen um gute bis sehr gute Schüler, die beliebt waren, fröhlich und aufgeschlossen. Ein Junge (I;3) wurde als Einzelgänger geschildert, der sehr ehrgeizig in der Schule war, still und etwas verschlossen, und der zuhause eine pedantische Ordnung hielt. Aber auch er war durchaus kontaktfähig gewesen.
Das Mädchen in der II. Gruppe spielte schon als Kleinkind nicht mit anderen Kindern. Es wurde als kontaktarm, scheu, gehemmt und ausgesprochen brav geschildert. Ein Junge wurde als ängstlich, nervös und pedantisch beschrieben. Der 2. Junge war prämorbid völlig unauffällig gewesen, er war beliebt und hatte viele Freunde.
Die Kinder in der III. Gruppe (6) werden alle als mehr oder weniger auffällig geschildert. Alle fünf Kinder, von denen Angaben vorliegen, hatten keine richtigen Freunde. Die meisten von ihnen waren prämorbid verschlossen, anderen Kindern gegenüber zurückhaltend, eher sich unterordnend. Ein Junge war als besonders frech und respektlos geschildert worden, der auch prämorbid immer gewisse disziplinäre Schwierigkeiten bereitet hatte.
Aus der IV. Gruppe (7) werden drei Kinder als prämorbid psychisch unauffällig geschildert. Ein Junge davon war ausgesprochen phantasiebegabt gewesen (IV;4). Zwei Jungen waren bereits prämorbid auffällig durch ihr einzelgängerisches, verschlossenes Verhalten. Ein weiterer Junge (IV;1) wurde als "zerstreut" beschrieben. Er hatte schon früh die Neigung, sich zurückzuziehen, anderen Kindern gegenüber war er nachgiebig und sich unterordnend.
Rund die Hälfte der Kinder (11 von 21) waren somit prämorbid bereits auffällig gewesen. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von EGGERS (1973), LEMPP, VOGEL (1966) und SPIEL (1961) überein, die an einem zum Teil größeren Krankengut zu den selben Befunden kamen. Auf die Häufigkeit

prämorbider Charakterauffälligkeiten weisen auch LANGEN, JÄGER, SUCCHAREWA (1932) und VILLINGER (1957) hin, wie auch für die Erwachsenenschizophrenie BLEULER (1972) und HUBER et al. (1975).
STUTTE (1959) fand bei ungünstig verlaufenden Psychosen dreimal so häufig prämorbid auffällige Charakteren. Auch in unserem Krankengut befinden sich 8 der 11 Kinder mit auffälligen Primärpersönlichkeiten in den beiden Gruppen mit schlechter Prognose, d.h. 2/3 der Kinder mit ungünstigem Verlauf zeigten bereits vor Beginn der Erkrankung auffällige Persönlichkeitszüge. Zu ähnlichen Aussagen kamen HUBER et al. (1975) bei ihren Untersuchungen an Erwachsenen. EGGERS (1973). SCARINCI (1962) und STUTTE (1959) weisen auf die günstige prognostische Bedeutung der "prämorbid syntonen, psychisch harmonischen" Charakteren (EGGERS) hin. WIECK dagegen fand in seinen Untersuchungen keine klinisch gesicherten Kriterien, die berechtigten, präpsychotische, richtungsweisende Charaktereigenschaften anzuerkennen. Auch VILLINGER (1951) ist aufgrund seiner Erfahrungen der Ansicht, daß aus der prämorbiden Persönlichkeit keine Schlüsse auf die Art der Psychose gezogen werden können.

7. INTELLIGENZ UND SCHULBILDUNG

Ein Intelligenztest wurde in 14 Fällen durchgeführt (Einen Gesamtüberblick geben die Diagramme 6 - 9). Bei vier Kindern ergab der Test einen IQ zwischen 70 und 89, ein Kind aus der III. Gruppe und drei Kinder aus der IV. Gruppe. Einen IQ zwischen 90 und 109 erreichten sechs Kinder: je Eines aus der I. und II. Gruppe und je zwei Kinder aus der III. und IV. Gruppe. Einen IQ über 110 erreichten je ein Kind aus der I. und der II. Gruppe und zwei Kinder aus der III.
Da die Intelligenztests zu Beginn der Psychose oder erst nach Abklingen der akuten Symptome durchgeführt wurden, können sie in den meisten Fällen kein Bild geben von den

Diagramm 6 (Intelligenz)

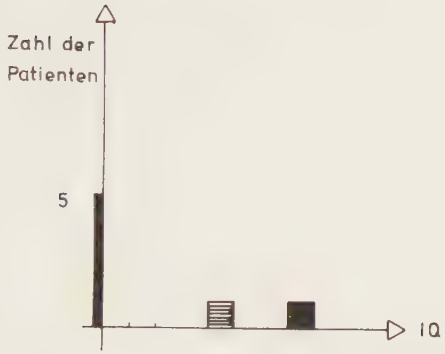


Diagramm 7 (Intelligenz)

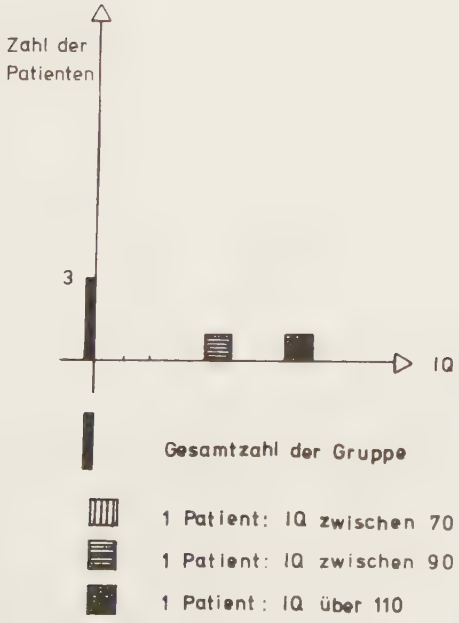


Diagramm 8 (Intelligenz)

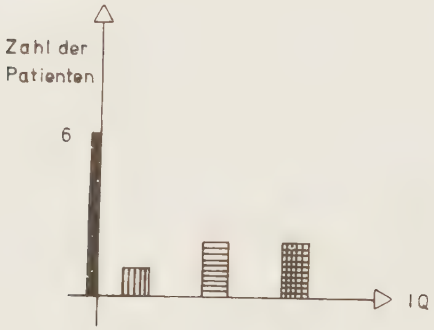
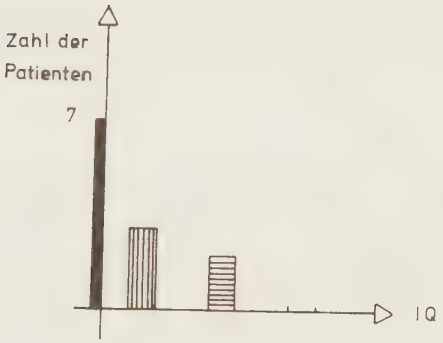


Diagramm 9 (Intelligenz)



Gesamtzahl der Gruppe

1 Patient: IQ zwischen 70 und 89

1 Patient: IQ zwischen 90 und 109

1 Patient: IQ über 110

Diagramm 10 (Schulbildung)

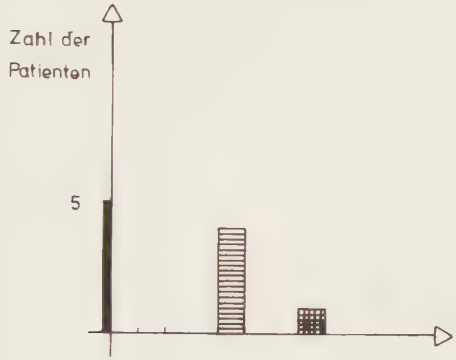
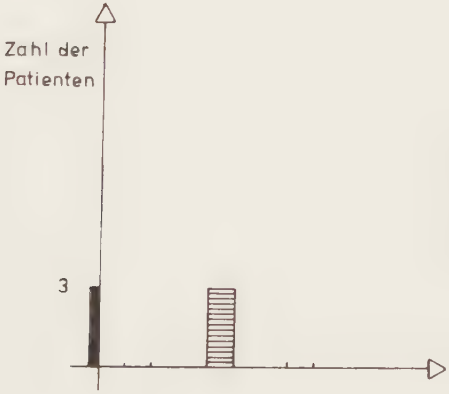


Diagramm 11 (Schulbildung)



Gesamtzahl der Gruppen

Sonderschule

Normalschule

Realschule und Gymnasium

Diagramm 12 (Schulbildung)

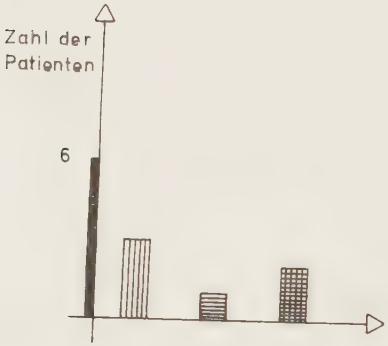
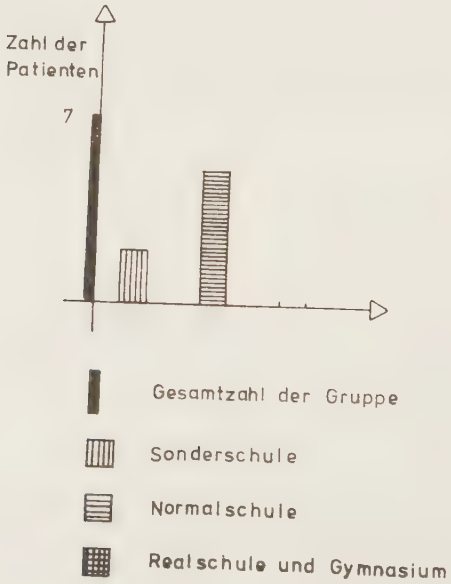


Diagramm 13 (Schulbildung)



prämorbiden intellektuellen Fähigkeiten der erkrankten Kinder. Aufschlußreicher sind daher die Angaben über die Schultypen, die die Kinder vor der Erkrankung besucht hatten (vergleiche Diagramme 10 - 13). So besuchten in der I. Gruppe vier Kinder die Normalschule mit gutem Erfolg, ein Mädchen besuchte als Vorzugsschülerin das Gymnasium. In der II. Gruppe gingen alle drei Kinder auf die Normalschule, die zwei Jungen waren im A-Zug der Hauptschule, das Mädchen erbrachte mittelmäßige Leistungen im B-Zug. In der III. Gruppe waren drei Kinder in der Sonderschule untergebracht, eines davon in einer Heimschule; ein Junge besuchte die Normalschule und zwei Kinder aus der Gruppe die Realschule.
Zwei Jungen aus der IV. Gruppe besuchten die Sonderschule, die anderen fünf aus der Gruppe die Normalschule, zwei davon erbrachten sehr gute Leistungen.
Die Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden darin, daß die Unterbegabten (IQ 70 - 90) ausschließlich in der III. und IV. Gruppe sich befanden. Die drei Pfropfschizophrenien (III;1, IV;3, IV;5) führten alle zu einem schweren Defekt, was durch die Aussage von KOTHE (1956) bezüglich der schlechteren Prognose dieser Verlaufsform bestätigt wird. In Bezug auf die Pfropfschizophrenien weist STUTTE (1967) darauf hin, daß primäre Schwachsinnigkeit keinen manifestationsbegünstigenden Einfluß auf eine latente Schizophrenie hat, noch eine gemeinsame genetische Matrix besteht. Zudem sei zu bedenken, daß frühinfantile, klinisch atypische Manifestationen der endogenen Psychose Schizophrenie auch eine intellektuelle Depravation hinterlassen können. Ein vermeintlich primärer Schwachsinn kann deshalb u.U. bereits "frühschizophrenes Defektsymptom" sein.
Bei den Fällen III;1 und IV;3 ist ein derartiges "frühschizophrenes Defektsymptom" nicht auszuschließen. MISES weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Früherkennung solcher Fälle hin, bei denen das "initiale Bild der intellektuellen Defizienz eine psychotische Organisation" auf-

weist. (Er vergleicht diesen abbauenden Prozeß mit einer postevolutiven Vernarbung). MISES wie auch SEEBANDT betonen, daß durch frühzeitig gestellte Diagnose und Therapie ein "Debilisierungsprozeß" (MISES) bei diesen Formen der Psychose noch zu beeinflussen ist. Wie aus den Diagrammen 9 - 13 zu ersehen ist, korreliert aber eine höhere Schulbildung bzw. überdurchschnittliche Begabung nicht mit einer günstigeren Prognose: Zwei Jungen aus der III. Gruppe hatten vor Ausbruch der Psychose beide einen IQ von [illegible].

Insgesamt verteilten sich die normal- und überdurchschnittlich Begabten gleichmäßig auf die verschiedenen Verlaufsformen.

EGGERS (1973) fand in seinen Untersuchungen bei Verläufen mit günstigem Ausgang ein Überwiegen der durchschnittlich und überdurchschnittlich intelligenten Kinder. Auch STUTTE (1959) weist auf die günstigere Prognose der Kinder mit guter Intelligenz hin. Zu den selben prognostischen Aussagen kommen HUBER et al. (1975) bei ihren Untersuchungen an im Erwachsenenalter erkrankten Schizophrenen Patienten.

[illegible]

Im Hinblick auf die Ätiologie der Schizophrenie wird u.a. den hereditären Faktoren eine besondere Bedeutung zugemessen. Auf die Häufigkeit neuropsychiatrischer Erkrankungen im Erbumkreis schizophrener Kinder weisen u.a. EGGERS (1973), LEMPP (1973), LANGEN, JAEGER, STUTTE (1959)und SUCCHAREWA (1932) hin. CORBOZ (1959) konnte in einer umfassenden Studie an 166 Kindern schizophrener Eltern nur in drei Fällen (≙ 2 %) echte Schizophrenien bei den Kindern nachweisen. REISBY (1967) fand bei 349 Kindern schizophrener Mütter in 3 % echte Schizophrenien und in 6,9 % schizophrenieforme Psychosen. Diese Zahlen weisen darauf hin, daß die Erkrankungshäufigkeit etwas höher liegt als dies

für den Durchschnitt der Bevölkerung zu erwarten wäre, (nach LUTZ (1964) ungefähr 1 %), jedoch nicht so häufig, wie bei der Annahme eines einfach rezessiven oder dominanten Erbganges (CORBOZ). Auch TRAMER (1958) weist auf die zwar wichtige Rolle der hereditären Belastung bei infantilen Schizophrenien hin, jedoch spiele diese nur bei einem Teil auch eine entscheidende Rolle.
Von den insgesamt 21 an Schizophrenie erkrankten Kindern fanden sich in 14 Fällen Angaben über neuropsychiatrische Erkrankungen und Suicide in der Aszendenz. Wie aus der Tabelle Nr. 3 zu ersehen ist, kamen am häufigsten Schizophrene Erkrankungen vor, an zweiter Stelle standen Suicide und Suicidversuche. Bei drei der sechs schizophrenen Erkrankungen war die Mutter betroffen, in einem Fall die ältere Schwester eines Patienten, in den anderen beiden Fällen war einmal die Schwester des Vaters und einmal die Großmutter an Schizophrenie erkrankt.

Tabelle 3:

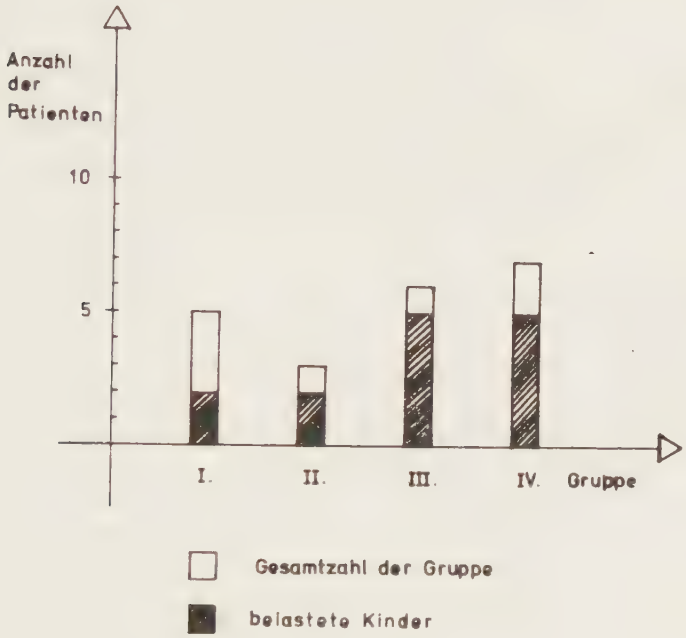
FAMILIÄRE BELASTUNG

	I. Gruppe ♂	♀	II. Gruppe ♂	♀	III. Gruppe ♂	♀	IV. Gruppe ♂	Insgesamt
Schizophrenie	1		1		2		2	6
Depression			1		1		1	3
Suicid, Suicidversuch	1		2		1		1	5
Schwachsinn	1				1			2
"Sonderling"	1				1		2	4
"in Anstalt gewesen"					1	1	1	3
väterlicherseits	2		2		1		1	6
mütterlicherseits	1					3	3	7
von beiden Seiten						1		1
Geschwister	1						1	2
insgesamt belastete Kinder (ohne Sonderling)	3	(2)	2		1	4	5	15 (14)

In einer Verhaltensstudie von WILHELM (1965) bei Kindern schizophrener Mütter, berichtet dieser von verheerenden Auswirkungen der Geisteskrankheit der Mutter auf die kindliche Persönlichkeitsentwicklung, besonders wenn kein gesundes Gegengewicht vorhanden war. Bei zwei der Patienten deren Mütter an Schizophrenie erkrankt waren, nahm die Erkrankung einen ungünstigen Verlauf (III;1, IV;1). Beide Patienten hatten in ihrer Kindheit über Jahre Kontakt mit ihren schizophrenen Müttern (beide Mütter litten an einer paranoiden Schizophrenie), in einem Fall fehlte der Vater, während bei dem Jungen (IV;1) der Vater als primitiv, uneinsichtig und äußerst brutal geschildert wurde. Der dritte Patient (I;3), dessen Mutter in seiner frühen Kindheit an Schizophrenie erkrankte, wurde sofort in Pflege gegeben bei Ausbruch der Erkrankung der Mutter und hatte daher keinen Kontakt mehr mit ihr. Bei diesem Jungen verlief die Erkrankung günstig, er befindet sich in der I. Gruppe mit sehr guter Sozialremission. Da keine genauen Angaben über die Psychosen der Mütter vorliegen, können keine Vergleiche zwischen der Erkrankung der Mütter und der der Kinder gezogen werden. Jedoch äußert REISBY (1967) die Ansicht, daß die Entwicklung einer Psychose von der Dauer des Kontaktes des Kindes mit der psychotischen Mutter abhängen könnte. In dieser Untersuchung von REISBY an 349 Kindern von 136 schizophrenen hospitalisierten Müttern fanden sich bei den schizophren erkrankten Kindern (3,5 %) wenig Übereinstimmung zwischen der mütterlichen und der kindlichen Psychose, was das Alter, den Beginn und die Entwicklung der Krankheit betraf.

Der Anteil an hereditär vorbelasteten Kindern war in allen Gruppen relativ hoch: 2/5 in der I. Gruppe; 2/3 in der II.; 5/6 in der III.; 5/7 in der IV. Gruppe. (Siehe Diagramm 14)

Diagramm 14 (familiäre Belastung)



SPIEL (1961) fand bei den 74 kindlichen und präpuberalen Schizophrenien in zwei Drittel der Fälle eine Belastung mit Geisteskrankheiten. EGGERS (1973) fand in seinem Krankengut in 43 % familiäre Belastungen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen LEMPP (1973)(von 29 Fällen waren bei 13 Kindern Geisteskrankheiten in der Familie bekannt), SUCHAREWA (1932) (47 % bei kindlichen Schizophrenien und 20 % bei den präpuberalen Schizophrenien), STUTTE (1959) (31 %), VILLINGER (1959) (4 von 9 Fällen) und VAN KREVELEN (b)(5 von 9 Fällen).
WIECK fand in seinen Untersuchungen (insgesamt 16 Kinder) nur in einem Fall eine schizophrene Erkrankung einer Groß-

mutter mütterlicherseits.
Die Ansicht ZERBIN-RÜDINS, daß die Stärke der familiären Belastung keine Schlüsse für die Krankheitsprognose eines bestimmten Patienten zuläßt, wie auch die Befunde von EGGERS und STUTTE (1959) bestätigen die vorliegenden Ergebnisse. Aus der insgesamt hohen familiären Belastung der untersuchten Kinder läßt sich auf Grund der Verteilung in den vier Gruppen keine prognostische Aussage ableiten.

9. SOZIALE VERHÄLTNISSE

9.1. Berufliche Stellung der Eltern

Mehr als 2/3 der Kinder stammen aus Arbeiterfamilien oder aus Berufsschichten ohne Fachausbildung, insgesamt sind es 17 von 21 Kindern. In der I. Gruppe (5) sind es vier, in der II. Gruppe (3) drei, in der III. Gruppe (6) vier, und in der IV. Gruppe (7) insgesamt sechs Kinder. Aus Angestellten bzw. Beamtenfamilien stammen in der I. Gruppe ein Kind, in der III. Gruppe zwei und in der IV. Gruppe ein Kind. Hiermit konnten keine Unterschiede innerhalb der vier Gruppen in der sozialen Struktur festgestellt werden. Auffallend ist, daß keines der Kinder aus sozial höheren Schichten kam. Die Ergebnisse bestätigen somit die Untersuchungen von LEMPP (1973), der ebenfalls eine Verschiebung zu den sozial schwächeren Schichten feststellen konnte. Auch SMYTHIES berichtet von Untersuchungen in den USA bei jugendlichen Schizophrenien, die in der amerikanischen Kultur in den sozial niedrigen Klassen zu finden waren. Auch SUCHAREWA (1932) fand ebenfalls ein Überwiegen der sozial schwächeren Schichten (36 % Arbeiter, 20 % Bauern, 8 % Kinderheimzöglinge). Für die erwachsenen Schizophrenien berichtet HÄFNER (b) ebenfalls von einer auffallenden Häufigkeit von Erkrankungen in Gebieten mit niedrigem sozioökonomischem Standard. Vergleichbare Untersuchungen

in anderen Ländern (USA, Norwegen, Irland) bestätigen die Ergebnisse von HÄFNER (b).

9.2. Familiensituation

Die Familiensituation war in 12 Fällen von den insgesamt 21 an Schizophrenie erkrankten Kindern gestört.
In der I. Gruppe waren die Familienverhältnisse in drei Fällen auffällig. Bei einem Jungen waren die Eltern geschieden, worunter der Junge sehr litt, da er an seinem Vater sehr gehangen hatte, dieser aber nach der Scheidung sich nicht mehr um ihn kümmerte. Bei den anderen beiden Kindern aus der I. Gruppe war die Mutter gestorben. Der Junge wurde im Alter von drei Jahren von seiner Mutter getrennt, die auf Grund einer schizophrenen Erkrankung stationär behandelt werden mußte; in der Folgezeit wechselte der Junge häufig den Pflegeplatz, bis er im Alter von zehn Jahren von seinem Vater wieder nach Hause geholt wurde. In der Zwischenzeit war seine Mutter verstorben. Beide Kinder aus der Gruppe hatten eine Stiefmutter bekommen, wobei der Junge eine gute Beziehung zu dieser aufbauen konnte, während das Mädchen unter ihrer Stiefmutter, die lieblos und kalt war, sehr litt. Auffallend war bei allen drei Kindern, daß die verbliebenen Elternteile als schwach und wenig durchsetzungsfähig beschrieben wurden.
In der II. Gruppe war bei einem Mädchen der Vater im Krieg gefallen. Das Kind wurde kurz nach seiner Geburt zu den Großeltern auf das Land gegeben, während die Mutter in der Stadt blieb, um zu arbeiten. Das Kind wuchs bis zum dritten Lebensjahr bei den Großeltern auf.
In der III. Gruppe fanden sich in drei Fällen nichtnormale Familienverhältnisse. Ein Kind war unehelich geboren worden, es wurde im Alter von fünf Monaten von einem kinderlosen Ehepaar in Pflege genommen und später von diesem adoptiert (III;3). Bei zwei Mädchen in der III. Gruppe fehlte der Vater. Beide Kinder hatten ihren Vater nie ge-

kannt, in einem Fall endete er durch Suizid, im andern Fall war er im Krieg gefallen. Im zuletzt genannten Fall wurde das Mädchen, nachdem die Mutter an Schizophrenie erkrankte, in Pflege gegeben und nach Ausbruch ihrer eigenen Erkrankung in verschiedene Heime geschickt (III;1).
In der IV. Gruppe war in fünf Fällen die Familiensituation gestört. In vier Fällen waren die Kinder unehelich geboren. Zwei Kinder wurden von den Großeltern aufgezogen, eines davon kam später in ein Heim. Die anderen beiden Kinder wuchsen bei der Mutter und einem Stiefvater auf, zu dem in beiden Fällen das Verhältnis sehr schlecht und dauernd gespannt war, da die Kinder den Stiefvater ablehnten.
In insgesamt 11 Fällen von 14 Befragten gaben die Angehörigen an, daß das Kind nicht erwünscht war, nur in drei Fällen war die Schwangerschaft gewollt. In sieben Fällen fanden sich in den Krankenblättern keine Angaben darüber. Es fehlte insgesamt neunmal der Vater, zweimal die Mutter und bei einem Kind beide Elternteile (Heimkind). Je zwei Kinder bekamen später einen Stiefvater bzw. eine Stiefmutter, das Heimkind wurde im Alter von fünf Monaten in Pflege genommen und später adoptiert. Die Zahl an gestörten Familienverhältnissen (uneheliche Geburt, Verlust eines Elternteiles durch Tod oder Scheidung der Elternehe) war somit auffallend hoch (57 %). Zwischen den Gruppen gab es bezüglich der Häufigkeit keine wesentlichen Unterschiede.
LEMPP (1973) fand nur in fünf von 29 Fällen gestörte Familienverhältnisse. Dagegen ergaben frühere Untersuchungen von VOGEL und LEMPP (1966) bei 23 Patienten in 12 Fällen eine erheblich gestörte familiäre Situation (52 %). WIECK fand in seinen Untersuchungen ebenfalls eine häufige Störung der Familiensituation durch Fehlen eines Elternteils oder Trennung von den Eltern im ersten Lebensjahr. Auffallend häufig fand WIECK bei den ungünstig verlaufenden Fällen Störungen der Mutter-Kind-Beziehung (Mutter kühl, zurückhaltend, distanziert und ohne nennenswer-

te Kommunikationsgestaltung), Disharmonien in der Familien-Ehe-Situation und ungünstige Erziehungsbedingungen. WIECK mißt diesen Befunden für die Gestaltung der Psychose eine nicht unbedeutende Rolle bei und, zusammen mit anderen Faktoren, auch eine Beteiligung bei der Entstehung der Psychose.

Auch BOSCH sieht in gestörten Familienstrukturen pathoplastisch wie auch pathogenetisch bedeutsame Faktoren: "Sozialpsychiatrisch relevant sind dabei alle personalen und Familienhaltungen, die vom Kinde her gesehen dessen Ich-Entwicklung beeinträchtigen und die Entfaltung tragfähiger, realitätsgerechter zwischenmenschlicher Beziehung verhindern können. Das mag ebenso die ängstlich, selbstunsichere, wie die übermäßig beschützende Mutter, als auch der stark prinzipienhafte und terrorisierende wie der zu weichliche Vater sein".

Auch LEMPP (1973) nimmt einen Zusammenhang an zwischen der Manifestation der kindlichen Schizophrenie und den verschrobenen sozialen und soziologischen Situationen seiner Patienten mit Häufung gestörter Familienverhältnisse und Fehlen des Vaters.

SPIEL (1961) fand bei 74 kindlichen und präpuberalen Schizophrenien in einem Drittel der Fälle Störungen des Familienmilieus. Auch LANGEN und JAEGER berichten in 17 Fällen (von insgesamt 37 Patienten) von gestörten häuslichen Verhältnissen im Sinne einer "broken-home-Situation". Jedoch fanden sie gegenüber zwei Kontrollgruppen (38 normale Jugendliche, 35 unspezifisch psychisch auffällige Jugendliche) weder eine Häufung noch charakteristische Störungen der Familiensituation der an Schizophrenie erkrankten Jugendlichen.

Bei einer vergleichenden Gegenüberstellung des Familienmilieus depressiver Kinder, die später schizophren wurden (86 % von 105 Patienten) mit dem der übrigen Kinder mit depressiven Symptomen in der Kindheit, konnte NISSÉN keine Unterschiede nachweisen. Die Umweltbedingungen in der Gesamtgruppe waren wesentlich ungünstiger als bei Kindern

[illegible] hatten bis zum 15. [illegible] durch Tod oder durch Schei-
dung [illegible] verloren. [illegible] waren unehelich geboren. Diese Be-
funde scheinen für die Persönlichkeit ungünstiger Umwelt-
faktoren zu sprechen (WEISS), jedoch konnten keine spe-
zifischen, entwicklungsbezogenen "broken-home"-Faktoren ge-
funden werden. Ferner weist WEISS darauf hin, daß "bro-
ken-home" in der Kindheit keinen signifikant ungünstigen
Einfluß für den weiteren Verlauf bedeutete, wie seine ka-
tamnestischen Untersuchungen ergaben.
DÖRPINGHAUS (1972: 137) bestätigt ebenfalls die Häufigkeit ge-
störter Familienatmosphären bei an Schizophrenie erkrank-
ten Kindern und Jugendlichen (58 %). Jedoch erwies sich
auch in dieser Untersuchung, gleich den eigenen Ergebnis-
sen, das Familienmilieu nicht als prognostisch bedeutsa-
mer Faktor für den Verlauf der Psychose. In einer ähnli-
chen Aussage kommt [illegible] auf Grund seiner Un-
tersuchung: Er fand bei neun schizophrenen Kindern mit
ungünstigem Verlauf eine vorwiegend hysterische Familien-
atmosphäre, die nur in zwei Fällen etwas zum hysteri-
schen Pol tendierte.
Somit werden die eigenen Befunde von der überdurchschnitt-
lichen Häufigkeit gestörter Familienstrukturen durch zahl-
reiche Befunde anderer Autoren bestätigt, wie auch das
Ergebnis, daß dieser pathologischen Befunden keine pro-
gnostische Bedeutung für den weiteren Verlauf der Psycho-
se zuzuordnen ist.

7. [illegible] IN DER GESCHWISTERREIHE

Insgesamt sind [illegible] der 21 Kinder Einzelkinder: Ein Mädchen
in der II. und je drei Kinder in der III. und in der IV.
Gruppe. Sechs Kinder waren Älteste in der Geschwisterrei-
he: Davon fanden sich drei Kinder in der I. Gruppe, zwei in
der III. und ein Junge in der IV. Gruppe.
Jüngstes Kind unter den Geschwistern waren insgesamt vier

Kinder, Vorletztes in der Geschwisterreihe waren zwei Kinder, eines in der I. und eines in der IV. Gruppe.
Die Familien in der ersten Gruppe waren kinderreicher als die Familien in der III. und IV. Gruppe, wo zusammen sechs Familien mit nur je einem Kind vorkamen.
Wie aus dieser Aufstellung zu ersehen ist, überwiegen im Gesamtmaterial die Einzelkinder (7). In den beiden Gruppen mit schlechter Prognose finden sich sechs der sieben Einzelkinder. Die Ältesten (6) verteilen sich gleichmäßig auf die verschiedenen Verlaufsformen.
WIECK fand, entsprechend den eigenen Befunden, ebenfalls ein Überwiegen der Einzelkinder. Die Ältesten waren bei seiner Untersuchung in der Minderzahl. Ein Überwiegen der Einzelkinder unter erwachsenen Schizophrenen fand auch RAUSCH in ihren Untersuchungen der Familiensituation psychisch Kranker.
In den Untersuchungen vom LEMPP (1973) überwogen bei weitem die Ältesten in der Geschwisterreihe (52 %); VOGEL (1966) und VAN KREVELEN (b) fanden ebenfalls ein Überwiegen der Ältesten. An zweiter Stelle der Häufigkeit standen bei den Untersuchungen von LEMPP (1973) und VOGEL (1966) die Einzelkinder.
LEMPP (1973) erklärt das Überwiegen der Ältesten und Einzelkinder unter den erkrankten Kindern mit einer besonderen Belastung dieser beiden Gruppen gegenüber den Mittleren und Jüngsten, da sie "in den ersten Lebensjahren oder in der ganzen Kindheit im Wesentlichen allein mit den Erwachsenen aufwachsen und ihre gesamte Wertwelt und Maßstäbe nur an denen der Erwachsenen messen können".
Bezüglich der prognostischen Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe können auf Grund unseres relativ kleinen Krankengutes keine eindeutigen Aussagen gemacht werden. Der größte Teil der Einzelkinder (sechs von sieben) befinden sich in den Gruppen von schlechter Sozialremission, während VOGEL in ihren Untersuchungen (23 Fälle) ein Überwiegen der Ältesten (sechs von insgesamt neun) in der Gruppe mit guter Sozialremission fand. Die anderen Autoren

[illegible] bezüglich der Verlaufsprognose in dieser [illegible]

[illegible]. AUSLÖSENDE FAKTOREN

Überraschend hoch ist die Häufigkeit exogener Faktoren (wie z.B. grippale Infekte, Operationen, Unfälle) und psychogener (wie Frustrationen, Streit, Trennung von zu Hause), die in einem zeitlichen Zusammenhang standen mit der Erstmanifestation bzw. mit dem Auftreten von Rezidiven. Es muß bezüglich der Häufigkeit der Faktoren hinzugefügt werden, daß auf Grund mangelhafter oder ungenauer Angaben in den Krankenblättern die genaue Anzahl solcher auslösender Faktoren nicht bestimmt werden kann. Retrospektive Ergänzungen zu dem damaligen Krankheitsgeschehen sind häufig verfälscht, da auf Grund des Kausalitätsbedürfnisses der Patienten wie auch der Angehörigen äußeren Faktoren von diesen eine inadäquate Bedeutung zugemessen wird. Andererseits neigen Patienten dazu, insbesondere wenn es sich um heikle persönliche Dinge handelt, diese zu verdrängen oder zu verschweigen. Jedoch wird man trotz dieser Schwierigkeiten bestimmten exogenen und psychogenen Faktoren, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn einer Episode standen, die Rolle eines Auslösers zubilligen können.
In der I. Gruppe wurde in zwei Fällen der erste Schub, in je einem Fall der erste und vierte bzw. der dritte und sechste Schub durch exogene Traumen ausgelöst bzw. das Auftreten der Psychose mitbeeinflußt.
In der II. Gruppe manifestierte sich die Psychose bei einem Jungen nach einem Explosionsunfall. Der vierte Schub bei diesem äußerst sensiblen Jungen wurde durch eine für ihn heftige Enttäuschung ausgelöst.
In der III. Gruppe setzte bei einem Mädchen die Psychose nach einer Appendektomie akut ein. In einem zweiten Fall brach der dritte Schub im Zusammenhang mit einer

psychischen Belastung aus (Einzug zum Militär).
Ein Junge aus der IV. Gruppe stand vor Ausbruch der akut einsetzenden Psychose unter einer doppelten Belastung: Er erkrankte an Scharlach und einer schweren Nephritis während eines Zeltlagers, wo er die Trennung von seinen Eltern schwer ertrug.
Es konnte in insgesamt 8 von 21 Fällen (≙ 38 %) ein Zusammenhang zwischen Auftreten eines Schubes und exogenen bzw. psychogenen Faktoren festgestellt werden (siehe Tabelle Nr. 4). Die psychogenen Traumen (8) überwogen bei weitem die somatischen (3). Bezüglich den psychogenen Traumen ist bemerkenswert, daß sie einheitlich in allen Fällen in interpersonale Beziehungen eingriffen, und sie zum Teil tiefgreifend störten (I;3, I;4).
Auslösende Faktoren wurden nur im Rahmen akut-rezidivierender Verläufe gefunden. Sie standen in sechs Fällen zu Beginn der Psychose, in fünf Fällen im Zusammenhang von Rezidiven. Fünf der acht Patienten, in deren Psychoseverlauf auslösende Faktoren mitbestimmend waren, befinden sich in den beiden ersten Gruppen mit guter Sozialremission.
Auf die Bedeutung äußerer Anlässe für die Manifestation der kindlichen Schizophrenie weisen auch L.BENDER (1958), EGGERS (1973), KOTHE, VAN KREVELEN (b), LEMPP (1973), LUTZ (1971), STRUNK (1971), STUTTE (1959), SUCHAREWA (1968), USCHAKOV (1965), VILLINGER (1959) und WIECK in ihren Arbeiten hin, wie dies auch HUBER et al. und FISCHER für die erwachsenen Schizophrenie nachwiesen.
EGGERS (1973) fand bei 23 % seiner Fälle (57 kindliche und präpuberale Schizophrenien) exogene oder psychogene Traumen, die unmittelbar psychotischen Episoden, überwiegend Rezidiven, vorausgingen. HUBER et al. registrierten bei ihren Nachuntersuchungen von erwachsenen Schizophrenen in 25 % auslösende Faktoren, die insbesondere im Zusammenhang mit Erstmanifestationen standen.
Die Beobachtung, daß auslösende Faktoren nur bei akut-rezidivierenden Verläufen vorkamen, stimmen mit den Befun-

[illegible]:

Auslösende Faktoren

[illegible]	ausgelöster Schub	auslösender Faktor
[illegible]	1.	grippaler Infekt
I;3	1.	nach Streit mit der Stiefmutter, die ihm die Sterilisationsurkunde mit der Diagnose Schizophrenie der Mutter zeigte
	-.	Einzug zum Militär
I;2	1.	nach öffentlichem Auftreten mit dem Schulchor
I;4	4.	starkes Frustrationserlebnis (angekündigter Besuch des Vater wurde nicht eingehalten)
	6.	Mutter weigerte sich, ihn zuhause aufzunehmen, gleichzeitig verlor er den Arbeitsplatz aus nichtigem Grund
II;3	1.	nach Explosionsunfall
	4.	Frustrationserlebnis (angekündigter Besuch eines geliebten Verwandten blieb aus)
III;3	3.	Einzug zum Militär
III;6	1.	nach Appendektomie
IV;1	1.	nach der ersten Trennung von zuhause; erkrankte im Ferienlager an Scharlach

den von EGGERS (1973) und SUCHAREWA (1968) überein. WIECK hingegen berichtet von körperlichen Vorkrankheiten auch bei zwei frühinfantilen schleichenden Verlaufsformen. Auch LEMPP (1973) weist auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen auslösenden Ereignissen und dem Beginn der schi-

zophrenen Erkrankung sowohl bei akuten wie auch bei schleichenden Verlaufsformen hin.
Aufgrund der kleinen Zahl der Fälle können von den eigenen Befunden keine prognostischen Aussagen abgeleitet werden, jedoch weisen STRUNK und DAUNER (1971) darauf hin, daß ein günstiger Verlauf zu erwarten ist, wenn u.a. die Psychose im Zusammenhang mit äußeren Anlässen (z.B. seelische Belastungen) in Gang komme. Auch die Befunde von EGGERS (1973) (10 von 13 Patienten remittierten gut) weisen auf einen günstigen Verlauf der durch exogene Einflüsse ausgelösten Psychosen hin.

12. PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOME

Von den psychopathologischen Symptomen waren die paranoiden Ideen die häufigsten. Sie traten in allen vier Gruppen auf, wenn auch in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität. In den ersten beiden Gruppen standen die wahnhaften Denkstörungen ganz eindeutig im Vordergrund und beherrschten und prägten das psychopathologische Bild. Sie waren bei allen acht Kindern der I. und II. Gruppe zu beobachten. In der III. Gruppe fanden sich wahnhafte Denkinhalte noch bei drei der sechs Kinder, in der IV. Gruppe nur noch bei zwei von sieben Kindern. Im Gegensatz zu den ersten beiden Gruppen traten sie aber in der III. und vor allem in der IV. Gruppe hinter anderen psychopathologischen Symptomen wie z.B. Störungen des Kontaktverhaltens und des Antriebs zurück.
EGGERS (1967) weist darauf hin, daß die Ausbildung eines Wahns ein genügend stabilisiertes und geformtes "Ich" voraussetzt, um zwischen Realität und Vorstellungswelt trennen zu können. Daher ist nach der Auffassung EGGERS das Auftreten des Wahns erst bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen möglich, wie dies auch bei den vorliegenden Fällen zu finden war, wo die wahnhaften Vorstellungen nicht bei den Erkrankungen vor dem zehnten Lebensjahr auf-

traten. LEMPP (1973) dagegen fand in seinen Untersuchungen (29 Fälle) auch bei zwei von drei kindlichen Schizophrenien das Symptom des Wahns. Die Verteilung des Symptoms entsprach in dieser Untersuchung der Verteilung der kindlichen und jugendlichen Schizophrenie im Gesamtgut. Die Schwierigkeit in der Beurteilung wahnhafter Erlebnisse im Kindesalter beruht nach den Erfahrungen LEMPPs darauf, daß "der Wahn bei dem noch verminderten und gelockerten Realitätsbezug des Kindes der normalpsychologischen Reaktionsweise viel näher steht als dem Erwachsenen". Dabei hat das Kind noch nicht die volle Fähigkeit erlangt, wie der Erwachsene mit Hilfe seines kritischen Verstands eine bloße Vorstellung von der Realität zu trennen.

Zusätzliche Denkstörungen waren weniger häufig zu finden. In der I. Gruppe waren bei zwei Kindern Störungen im Sinne von Versanden, Gedankenentgleiten bzw. Gedankendurcheinanderkommen zu beobachten.

In der II. Gruppe fanden sich ebenfalls in zwei Fällen Denkstörungen. Ein Junge verfiel von Zeit zu Zeit in einen Grübelzwang, das Mädchen klagte darüber, daß ihre Gedanken entglitten, und sie überhaupt nicht mehr richtig denken könne. Bei zwei Mädchen aus der III. Gruppe machten sich ebenfalls Störungen im Gedankenablauf bemerkbar. Das eine Mädchen klagte, daß ihr Gedächtnis immer weniger und weniger werde . In der IV. Gruppe äußerten sich bei zwei Jungen die Denkstörungen in erhöhter Vergeßlichkeit, herabgesetzter Konzentrations- und Merkfähigkeit, was auch in einem Leistungsversagen in der Schule seinen Niederschlag fand.

Halluzinationen, wobei es sich in allen Fällen nur um akustische handelte, traten seltener auf. Es waren meistens schimpfende Stimmen, die von den Kindern als bedrohend erlebt wurden und sie in Angstzustände versetzten. Eindeutig optische Halluzionationen traten bei den Kindern keine auf. In drei Fällen (ein Junge in der I. Gruppe, zwei Kinder aus der II. Gruppe) wurde über Gesichter be-

richtet, die bei Nacht gesehen wurden. Es liegt der Verdacht nahe, daß es sich in allen drei Fällen eher um kindliche Phantasien gehandelt hatte, als um optische Halluzinationen.

Im Zusammenhang mit dem Auftreten der paranoiden Ideen standen in allen 13 Fällen Änderungen der Stimmungslage im Sinne einer depressiv-ängstlichen Verstimmung, in fünf Fällen traten immer wieder ausgeprägte Angstzustände mit teils vegetativen Symptomen auf. Auf die nahe Verbindung zwischen wahnhafter Denkstörung und Angst weist auch LEMPP(1973) hin, was dadurch zu erklären sei, daß unter den wahnhaften Vorstellungen der Kinder und Jugendlichen keine Glückspsychose zu finden sind, sondern die Wahninhalte meist bedrohenden, verfolgenden Charakter haben. DAUNER et. al. (1971) sehen einen Zusammenhang zwischen dem Symptom der Angst und der Möglichkeit, die Kontrolle über das Ich zu verlieren. Sie deuten daher die psychotische Angst, die im Initialstadium eine zentrale Stellung einnehme, als "dynamischen Motor" psychotischen Verhaltens, z.B. Aggressionen als Angstabwehr.

Eindeutiges Zwangsverhalten fand sich nur bei einem Jungen (IV;6) aus der IV. Gruppe. In diesem Fall waren gleichzeitig mehrere Zwänge feststellbar. Bei einem Mädchen aus der II. Gruppe, welches häufig unmotiviert von zuhause weglief, könnte dieses Davonlaufen aufgrund von Äußerungen des Mädchens selbst als zwanghaft angesehen werden, jedoch ist diese Interpretation im Nachhinein nicht eindeutig mehr nachvollziehbar.

Das seltene Vorkommen von Zwangsphänomenen bei den kindlichen und präpuberalen Schizophrenien bestätigen u.a. auch die Untersuchungen von LEMPP (1973) (bei 29 Kindern nur in drei Fällen Auftreten von Zwängen) und EGGERS (1969) (unter 61 Fällen boten nur vier Zwangssymptome). Bezüglich der Beziehung zwischen Zwangserscheinungen und psychotischem Verhalten weist EGGERS (1969) u.a. darauf hin, daß die Zwangsphänomene jahrelang ohne begleitende psychotische Symptomatik bestehen können, bevor sich schließlich eine Psychose manifestiert. Dies war auch bei dem

oben genannten Jungen mit den Zwangsphänomenen der Fall gewesen.
SPIEL (1961) sieht in dem Symptom "Zwang" eines der stärksten und mächtigsten Abwehrmittel" im Kindesalter, "um das Ich vor Diffusion und Verlust seiner integrierenden Funktionen zu bewahren". Unter Einsatz besonderer Mittel (Zwänge) kann über gewisse Zeit "die schizophrene Vollzugsstörung" kompensiert werden und "die Homöostase nach HOFF aufrechterhalten" werden (SPIEL). Nach dieser Theorie von SPIEL wäre es denkbar, daß in dem vorliegenden Fall die Psychose sich erst zu dem Zeitpunkt sichtbar manifestierte, als der Kompensationsmechanismus "Zwang" nicht mehr ausreichte, um das psychische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Ab diesem Zeitpunkt fand bei diesem Jungen auch ein massiver, rascher Persönlichkeitszerfall und Abbau auf ein niedriges Defektniveau statt.

Störungen im Kontaktverhalten der Kinder im Sinne eines Beziehungsabbruchs zur Umwelt, Zurückziehen in eine eigene, der Umgebung unzugängliche und für sie unverständliche Welt, waren in der I. Gruppe bei zwei Kindern und in der II. Gruppe bei einem Kind zu beobachten. Es standen diese Störungen im Kontaktverhalten jedoch nicht so sehr im Vordergrund, wie dies bei den beiden letzten Gruppen der Fall war. In den beiden ersten Gruppen mit günstigem Verlauf muteten sie eher als Folgen der paranoiden Ideen an, in dem Sinne, daß die gesamte Psychomotorik der Kinder von ihren paranoiden Ideen durchdrungen und beherrscht wurde, und die Kinder somit nicht mehr fähig waren,auf die reale Umgebung zu reagieren.
Ausgeprägt autistisches Verhalten fand sich in der III. Gruppe bei drei Kindern und in besonderem Maße in der IV. Gruppe bei fünf Kindern (darunter befinden sich alle drei kindlichen Psychosen, die vor dem zehnten Lebensjahr ausbrachen), wo diese Störungen das psychopathologische Bild hauptsächlich beherrschten.

Drei der fünf Kinder aus der IV. Gruppe und ein Mädchen aus der III. Gruppe zeigten neben diesem autistischen Verhalten einen mehr oder weniger stark ausgeprägten Mutismus. Distanzloses, läppisches und enthemmtes Verhalten war in der III. Gruppe bei einem Jungen, in der IV. Gruppe bei zwei Jungen zu beobachten. Bei den drei Kindern stand dieses Verhalten im Zusammenhang mit einem hebephrenen Prozeß, der jeweils zu Persönlichkeitszerfall und einem tiefen Abbau führte.

Veränderungen im Antrieb waren bei den Kindern der I. Gruppe in allen fünf Fällen zu finden. In zwei Fällen waren die Kinder stark gehemmt und verlangsamt, sie fühlten sich unwohl, waren ratlos und beteiligten sich nicht am Spiel der anderen Kinder. Bei einem Jungen aus der I. Gruppe (I;4) wechselte in rascher Folge gehemmt-ängstliches Verhalten mit getriebenem, frechem, unruhigem und aufsässigem Benehmen. Der dritte Junge aus der Gruppe zeigte im Zusammenhang mit massiven hypochondrischen Ängsten ein äußerst unruhiges, nervöses Verhalten. Ein Mädchen verfiel mit Beginn der Psychose in einen ausgeprägten negativistischen Stupor. In der II. Gruppe zeigte sich ein Junge kurz nach Ausbruch der Psychose (ausgelöst durch einen Explosionsunfall) exaltiert, später wurde er jedoch zunehmend stuporös und gleichzeitig depressiv. Der zweite Junge der Gruppe war antriebsmäßig weniger gestört, es war von Zeit zu Zeit ein gespanntes Verhalten zu beobachten. Das Mädchen in der Gruppe welches bereits vor Ausbruch der Psychose antriebsarm gewesen war, zeigte ein sehr stark gehemmtes, verlangsamtes Verhalten und verfiel zeitweise in stuporöse Zustände. In der III. Gruppe waren bei allen vier Mädchen infolge der Psychose Antriebsstörungen im Sinne von Verlangsamung, Indifferenz der Umwelt gegenüber oder Gehemmtheit bemerkbar. Ebenfalls bei einem Jungen der Gruppe stand im Zusammenhang mit der Psychose eine allgemeine Antriebslosigkeit, unterbrochen durch zeitweilige Erregungszu-

stände, die sich dann in zerstörerischen Akten entluden. Der zweite Junge zeigte ein getriebenes Verhalten, war motorisch unruhig, aggressiv mit zeitweiligen Erregungszuständen.
In der IV. Gruppe fanden sich ebenfalls bei allen sieben Patienten Antriebsstörungen; die Mehrzahl (4) waren im Antrieb abgeschwächt, bei einem der vier Jungen traten immer wieder Erregungszustände mit aggressiven Zerstörungsakten auf; ein anderer Junge zeigte im Laufe der Behandlung ein zunehmend läppisch-enthemmtes Verhalten ebenfalls mit zunehmender Aggressivität. Ein Junge (IV;7) wirkte antriebsgesteigert, motorisch unruhig, verfiel aber zeitweise in stuporöse Zustände, z.B. wenn er von Erwachsenen angesprochen wurde. Der siebte Junge aus der Gruppe (IV;1) zeigte einen ausgeprägten Stupor. Er blieb über Wochen völlig antriebslos.
Wie aus der Tabelle 5 im Anschluß an dieses Kapitel zu ersehen ist, ist das Symptom der Veränderung im Antrieb kein gruppenspezifisches Symptom, es trat bei allen Kindern im Zusammenhang mit den psychischen Veränderungen durch die Psychose auf. Unterschiede zwischen den Gruppen gab es aber insofern, daß bei der I. und II. Gruppe die jeweiligen Antriebsstörungen eng im Zusammenhang mit dem Auftreten paranoider Ideen und Denkstörungen standen und sich gleichzeitig mit ihnen zurückbildeten, während bei den meisten Kindern der III. und IV. Gruppe mit schleichendem Beginn der Psychose diese Antriebsstörungen den aktiven Symptomen vorangingen, oftmals sogar unter den ersten Symptomen waren, die von der Umgebung bemerkt und als auffällig registriert wurden. Die Veränderungen im Antrieb traten in den letzten beiden Gruppen also unabhängig von anderen Symptomen auf und bestanden auch über die aktiven Symptome hinaus noch über längere Zeit.

Störungen im Bereich der Affekte waren in der I. Gruppe nur bei einem Mädchen festzustellen: sie war affektiv

stark gehemmt und eingeengt und reagierte kaum auf ihre Umgebung. Auch bei einem Jungen aus der II. Gruppe (II;3) war die affektive Ansprechbarkeit erheblich herabgesetzt. Er wirkte farblos und gleichgültig. Ein Mädchen aus der II. Gruppe erschien affektiv verarmt, abgestumpft und zeigte gelegentlich unmotiviertes Lachen.
In der III. und IV. Gruppe machten sich bei je drei Kindern affektive Störungen im Verlauf der Psychose bemerkbar. Ein Mädchen (III;6) zeigte leichte Affektdissoziationen, während bei den übrigen beiden Kindern der Gruppe (III,1;III,3) wie auch bei drei Jungen aus der IV. Gruppe die Affektstörungen deutlicher in Erscheinung traten. Sie waren affektiv überhaupt nicht mehr ansprechbar. Zwei Jungen (IV,4;IV,6) aus der IV. Gruppe machten einen ausgesprochen gefühlskalten, teilnahmslosen Eindruck. Bei dem dritten Jungen der IV. Gruppe war eine Affektdissoziation bemerkbar, zudem zeigte er ein affektiv unausgeglichenes Verhalten (lachte grundlos auf, antwortete explosiv auf Fragen, blieb dann wieder grundlos im Satz stecken, lachte später wieder verlegen oder entschuldigend).
Uneinsichtige, situationsinadäquate, aggressive Ausbrüche und Handlungen konnten nur in vier Fällen mit Sicherheit festgestellt werden. Alle vier Kinder befinden sich in der III. und IV. Gruppe (ein Mädchen/III.; drei Jungen/IV.). Die Aggressionshandlungen äußerten sich meist in sinnlosen zerstörerischen Akten, waren zum Teil auch gegen Familienangehörige, jeweils ohne ersichtliche Gründe gerichtet. Aufgrund der Erhebungen sind Störungen im Bereich der Affekte bei den prognostisch ungünstigeren Gruppen häufiger zu finden und auch stärker ausgeprägt als bei den beiden ersten Gruppen, wo sie im Rahmen der gesammten Symptomatik weniger ins Gewicht fielen und eher hinter den anderen Symptomen zurücktraten.
Ausgesprochene Erziehungsschwierigkeiten, in dem Sinne, daß die Kinder keinerlei erzieherischer Maßnahmen mehr zugänglich waren,fanden sich nur in der III. und IV.

Gruppe; in der III. bei zwei Jungen und zwei Mädchen, in der IV. Gruppe bei zwei Jungen. Bei den beiden Jungen aus der III. Gruppe standen die Erziehungsschwierigkeiten stark im Vordergrund und waren in beiden Fällen der Grund der Einweisung, da die Umwelt diesen Kindern hilflos gegenüberstand. In ähnlicher Weise verhielt es sich mit den beiden Jungen aus der letzten Gruppe: Bei einem führten die Erziehungsschwierigkeiten, die sich auch in sexueller Enthemmtheit äußerten, zunächst zur Einweisung in ein Erziehungsheim, von wo er dann später in die Klinik überstellt wurde.

Auffälligkeiten in der Motorik konnten in der I. Gruppe bei drei Kindern, in der II. Gruppe bei einem Mädchen, in der III. Gruppe bei drei Kindern und in der letzten Gruppe sogar bei allen sieben Kindern beobachtet werden. In der I. Gruppe verfiel ein Mädchen zu Beginn der Psychose in einen negativistischen Stupor; später war bei ihr eine starre Mimik zu beobachten, auch der gesamte Bewegungsablauf war auffällig verlangsamt und zähflüssig. Bei einem Jungen konnte zunächst eine Flexibilitas cerea festgestellt werden; auch er zeigte einen maskenhaften Gesichtsausdruck. Bei dem zweiten Jungen war ein grimassieren und eine ausgesprochene motorische Unruhe auffällig; er hielt über längere Zeit eine krampfhafte Körperhaltung bei. Das Mädchen aus der II. Gruppe war allgemein verlangsamt und bewegungsarm.
Die motorischen Auffälligkeiten in der III. Gruppe äusserten sich meistens in Bewegungsarmut, zähflüssigem Bewegungsablauf und unbeweglicher, starrer Mimik. Ein Junge (III,3) grimassierte stark und zeigte manirierte Bewegungen. Auch bei einem Mädchen (III;1) war zeitweise ein maniriertes Gehabe zu beobachten.
In der IV. Gruppe fielen ebenfalls zwei Jungen durch bizarre , faxenhafte, manchmal tic-artig anmutende Bewegungen auf. Bei drei Jungen waren Stereotypien bemerkbar. Ein Junge davon hielt ständig den Arm vor das Gesicht,

sobald sich ihm jemand näherte, ein anderer Junge stand stundenlang vor dem Spiegel und bewegte den Kopf und Oberkörper hin und her. Ansonsten waren noch Bewegungsarmut und vertrackte Motorik an Auffälligkeiten zu finden.
Maniriertheiten fanden sich demnach nur in der III. und in der IV. Gruppe (3/III; 1/IV.), wobei sie sich bei einem Mädchen aus der III. Gruppe in sprachlicher Maniriertheit äußerte.
Stereotypien waren dagegen nur in der IV. Gruppe zu finden, bei insgesamt vier Kindern.
Das stundenlange Betrachten des Spiegelbildes deutet SCARINCI in seinen "Betrachtungen über einige psychopathologische Züge der beginnenden Schizophrenie", als einen Verteidigungsmechanismus des Organismus gegen die fortschreitende Krankheit, als ein Suchen des einheitlichen Ebenbildes im Spiegelbild, welches im destruktiven Prozeß der Schizophrenie zerlegt wird (SCARINCI).
Als ein Ausdruck der Beziehungslosigkeit sieht von STOCKERT das Symptom der Sprachstörung an. Dieses kam in allen vier Gruppen vor. Es war nicht sehr häufig anzutreffen und war in seiner Ausprägung nicht gruppenspezifisch. Bei insgesamt vier Kindern war ein, meist elektiver, Mutismus zu finden (1/I; 1/II; 1/III; 1/IV); drei Kinder fielen durch Flüstersprache bzw. durch eine gepresste, leise Stimme auf. Ein Mädchen aus der III. Gruppe war auffällig durch eine ausgesprochen manirierte Sprechweise. Bei einem Jungen aus der IV. Gruppe waren sprachliche Stereotypien festzustellen, bei einem anderen Jungen aus derselben Gruppe machte sich eine starke Sprachhemmung und zeitweise eine verwaschene Sprache bemerkbar. Allerdings waren bei diesem Jungen bereits seit frühester Kindheit Sprachstörungen im Sinne von Stottern bekannt gewesen.

An weiteren Symptomen traten im Verlauf der Psychose auf: Nahrungsverweigerung (3), Schlafstörungen (7), äußerliche

Verwahrlosung (2), in dem Sinne, daß die Kinder sich nicht mehr wuschen, ihr Äußeres vernachlässigten, auch nachlässiger wurden im Verrichten ihrer Aufgaben und Pflichten, die sie vor Beginn der Psychose ausführten. Eigentumsdelikte im Zusammenhang mit der Psychose traten bei zwei Jungen auf (1/III; 1/IV). In beiden Fällen handelte es sich um kleine Delikte, die sinnlos erscheinen und von einem der beiden Jungen selbst später als zwanghaft beschrieben wurde. Bei zwei Jungen aus der IV. Gruppe war eine sexuelle Enthemmung im Zusammenhang mit der Psychose aufgetreten.
Die letztgenannten Symptome, äußerliche Verwahrlosung, Eigentumsdelikte und sexuelle Depravation, waren Begleitsymptome, die nur in den beiden letzten Gruppen mit sozial schlechter Prognose auftraten. Sie könnten somit Zeichen eines bereits schwerwiegenderen Abbaus der Persönlichkeit infolge der Psychose sein.

Ein Leistungsabfall in der Schule bzw. ein intellektueller Abbau im Zusammenhang mit dem Auftreten der Psychose fand sich in insgesamt acht Fällen.
Bei zwei Kindern aus der I. Gruppe war dieser Leistungsabfall eines der ersten Symptome, das auf die Psychose aufmerksam machte. Der Junge erreichte nach Abklingen der Symptome wieder das frühere Leistungsniveau, während das Mädchen die Schule wechselte (vom Gymnasium in die Realschule), aber durchaus noch weiterhin gute Leistungen erbrachte. Bei dem zweiten Jungen aus der I. Gruppe machte sich der Leistungsabfall erst nach Kliniksentlassung bemerkbar.
Das Schulversagen bei einem Jungen aus der II. Gruppe war nur vorübergehend; auch er erreichte nach Abklingen der Symptome das frühere Leistungsniveau wieder.
In der III. Gruppe trat bei drei Kindern ein Versagen in der Schule auf. Alle drei Kinder erlangten nicht mehr den Stand von früher.
In der IV. Gruppe wurden zwei Jungen auffällig in der

Schule durch Nachlassen der Leistungen, zwei weitere Kinder aus der Gruppe besuchten bereits vor Erkrankungsbeginn die Sonderschule, so daß ein weiterer Leistungsabfall nicht genau festgestellt werden konnte.

Eindeutige, streng abgrenzbare "Formenkreise" wie man sie bei den Psychosen des Erwachsenenalters antrifft, konnten bei den kindlichen und präpuberalen Verläufen nicht gefunden werden. Bei vier Verläufen handelte es sich um vorwiegend paranoide Zustandsbilder (3/I; 1/II), drei Kinder boten paranoid-halluzinatorische Zustandsbilder (1/II; 2/III), zweimal fanden sich kataton-paranoide Formen (1/I; 1/IV) und je einmal eine Katatonie (1/I) und einmal ein kataton-paranoid-halluzinatorisches Bild (1/II). Hebephrene Verläufe kamen in den beiden letzten Gruppen sechsmal vor und dreimal fanden sich kindliche Psychosen im Sinne einer Schizophrenia simplex (TRAMER, 1949). Bei den übrigen Verläufen handelte es sich um nicht genau in die üblichen Formenkreise einzuordnende psychopathologische Phänomene.
Auch EGGERS (1973) weist darauf hin, daß sich die kindlichen Psychosen noch weniger als Psychosen des Erwachsenenalters in Formenkreise einordnen lassen: "die prospektive Potenz noch in Entwicklung begriffener, in der Kindheit oft nur erahnbarer, noch unentborgen schlummernder und wenig ausgeprägter Kräfte und Strebungen ist für die Schwierigkeit einer scharfen rubrizierenden Einordnung psychopathologischer Phänomene bei Kindern verantwortlich."
Die Verlaufsbeobachtungen über Jahre hin ergaben, daß vier der sechs hebephrenen Verläufe später einen paranoid-halluzinatorischen Charakter annahmen. Dies bestätigten auch die Angaben von JANZARIK (1961/62): Er fand, abgesehen von wenigen kataton beginnenden Psychosen, die ihren katatonen Stil jahrzehntelang bewahrten, daß in seinen Untersuchungen an annähernd lebenslangen Krankheitsverläufen von 100 schizophrenen Anstaltsinsassen,

die wahnhaft-halluzinatorische Form im Mittelpunkt stand. Es "dominiert nicht die Konstanz, sondern die Wandelbarkeit der Typen".

Eindeutige Beziehungen zwischen Einzelsymptomen und dem Verlauf der Erkrankung konnten in den vorliegenden Fällen nicht gefunden werden. (Genaue Gegenüberstellung in Tabelle Nr. 5). Es fiel lediglich ein Vorherrschen paranoider Ideen in den prognostisch günstigeren Gruppen auf, während in den beiden Gruppen mit schlechter Sozialremission symptomärmere Zustandsbilder vorherrschten mit Störungen im Antrieb (8 von 11), in der Motorik (10 von 14), im Kontaktverhalten (10 von 13) und im affektiven Bereich, die das psychopathologische Bild prägten.
STUTTE (1959) mißt Kontaktstörungen, Inadäquatheit und Abstumpfung der Affekte, Abnormität der Willensfunktionen und der Motorik wie auch massiven Verhaltensabartigkeiten eine ungünstige Prognose zu, was auch unseren Ergebnissen entspricht.
EGGERS (1973) fand nur die Symptome "Depersonalisations-" und "Derealisationserlebnisse" als prognostisch bedeutsam. Bei den prognostisch günstigen Verläufen kamen diese beiden Symptome signifikant häufiger vor als bei den ungünstigen Verlaufsformen. Jedoch weist EGGERS (1973) aufgrund seiner Ergebnisse wie auch aufgrund der sich häufig direkt widersprechenden Befunde zahlreicher anderer Autoren bezüglich der prognostischen Bedeutung von Einzelsymptomen darauf hin, daß diese keine zuverlässigen Kriterien für die Prognosestellung darstellen können.

Tabelle 5:

Psychopathologisches Bild

	I. Gruppe		II. Gruppe		III. Gruppe		IV. Gruppe	Ins. gesamt
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
Anzahl der Fälle	3	2	2	1	4	2	7	21
PARANOIDE IDEEN:	3	2	2	1		3	2	13
Coenaesthetische Empfindungen	1	1						2
Versündigungsideen	1	1	1					3
Beziehungsideen	2		2	1		2		7
Beeinflußungserlebnisse				1		1		2
Anmutungserlebnisse; Verkennen von Dingen	1	1					1	3
Körperveränderungsgefühle	1	1					2	4
hypochondrische Beschwerden	2	1				2		5
Vergiftungsideen		1	1			2		4
apophänes Erleben	1							1
weitere DENKSTÖRUNGEN	1	1	1	1		2	2	8
HALLUZINATIONEN	1		1	1		1	2	6
ZWÄNGE							1	1
TODESGEDANKEN	1			1		1		3
SUICIDGEDANKEN						1	1	2
Änderung der Stimmungslage								
depressiv-ängstlich	3	2	2	1	1	2	1	12
Angstzustände	1	1			1	1	1	5
Änderung der AFFEKTE		1	1	1	1	2	3	9
STÖRUNGEN d.KONTAKTVERHALTENS								
autistisches Verhalten mit (elektivem) Mutismus	1	1		1		2	5	10
distanzlos-läppisch-enthemmt, klebrig					1		2	3

Fortsetzung S. 114

	I. Gruppe ♂	♀	II. Gruppe ♂	♀	III. Gruppe ♂	♀	IV. Gruppe ♂	Insgesamt
Veränderungen im ANTRIEB (Wechsel)	1						1	2
gehemmt, verlangsamt	1	1	1		1	4	3	11
Erregungszustände					2		1	3
motorisch unruhig, getrieben	1				1		1	3
(negativistischer) Stupor		1	1	1			1	4
ERZIEHUNGSSCHWIERIG-KEITEN					2	2	2	6
AGGRESSIONSHANDLUNGEN						1	3	4
STÖRUNGEN in d. MOTORIK insgesamt	2	1		1	1	2	7	14
Grimassieren	1				1			2
Störungen im Bewegungsablauf	1					1	1	3
Stereotype Handlungen							3	3
Änderungen in der SPRACHE	1	1		1		2	3	8
LEISTUNGSABFALL, INTELLEKTUELLER ABBAU								
vor Kliniksaufenthalt bemerkt	1	1	1		1	2	2	8
nach Kliniksaufenthalt bemerkt	1							1
SONSTIGE SYMPTOME:								
Schlafstörungen	2		1	1		1	2	7
Nahrungsverweigerung	1		1				1	3
äußerliche Verwahrlosung					1		1	2
Eigentumsdelikte					1		1	2
sexuelle Enthemmung							2	2

13. THERAPIE

Betrachtet man die Therapie-Formen, so fällt auf, daß relativ häufig Elektro- und Insulin-Schock-Kuren neben anderen Behandlungsformen, angewandt wurden. Soweit aus den Krankenblättern zu entnehmen war, wurden mit Ausnahme eines einzigen Falles (IV;6) gute Erfolge mit diesen Behandlungsformen erzielt. Die E-Schock-Therapie kam vor allem bei den Patienten zur Anwendung, wo wahnhafte Denkstörungen das psychopathologische Bild beherrschten und prägten, während man in den Fällen, wo motorische Phänomene stark im Vordergrund standen, häufiger I-Schock-Kuren anwandte. So erhielten die Kinder in den ersten beiden Gruppen mehr Elektro-Schocks als die Kinder in den letzten beiden Gruppen, während in der III. und IV. Gruppe häufiger Insulin-Schock-Kuren durchgeführt wurden.

In der I. Gruppe erhielten von fünf Kindern vier zwischen 8 und 16 E-Schocks (durchschnittlich 12,7) in einem Fall (I;4) kombiniert mit 64 I-Schocks; ein Junge (I;3) erhielt ausschließlich I-Schocks (10).

In der II. Gruppe wurden allen drei Kindern E-Schocks appliziert, zwischen fünf und 12 Schocks (durchschnittlich 8,3) bei einem Mädchen (II;2) gab man zusätzlich 50 I-Schocks.

In der III. Gruppe wurden bei vier von sechs Kindern zwischen sechs und zehn Schocks (durchschnittlich 7,5) angewandt, in zwei Fällen kombiniert mit 34 bzw. 61 I-Schocks.

In der IV. Gruppe erhielt nur noch ein Junge (IV;2) fünf E-Schocks, während bei drei Kindern zwischen 37 und 50 I-Schocks (durchschnittlich 42,6) verabreicht wurden.

Da die Indikation für die Anwendung von Elektro-Schock- bzw. Insulin-Schock-Therapie sich aus den psychopathologischen Zustandsbildern ergaben, ist die unterschiedliche Häufigkeit der Anwendung in den vier Gruppen dadurch zu erklären. Eine Beziehung zwischen der Art der Therapie,

der Anzahl der verabreichten Schocks und dem weiteren Verlauf des Krankheitsgeschehens (in Hinsicht auf die Dauer der Remissionsphase, den Grad der Remission oder die Häufigkeit der Schübe) ist aufgrund der vorliegenden Krankheitsverläufe nicht abzuleiten.

14. ZUSTAND NACH KLINIKSENTLASSUNG

Im Hinblick auf den Grad der Sozialremission soll nun erörtert werden, inwieweit ein Zusammenhang besteht zwischen dem Zustand bei Kliniksentlassung nach der ersten Episode und dem weiteren Verlauf der Erkrankung.
Bei den Kindern aus der I. Gruppe, bei denen die Symptome meist innerhalb weniger Tage akut aufgetreten waren, klangen diese in ähnlich rascher Weise auch wieder innerhalb kurzer Zeit ab. So wurden zwei Kinder (I;1, I;2) in psychisch völlig unauffälligem Zustand entlassen. Der Junge ging nach Beendigung der Schule in eine Bäckerlehre, die er ohne Schwierigkeiten absolvierte. Das Mädchen arbeitete in einem Haushalt als Hausangestellt, wo man mit ihr sehr zufrieden war. Ein Mädchen(I;5) wurde von den Eltern frühzeitig aus der Behandlung genommen; bei ihr normalisierte sich innerhalb weniger Wochen das Zustandsbild. Sie wechselte vom Gymnasium in eine Realschule über, die sie mit sehr gutem Erfolg zum Abschluß brachte, wie auch ihre anschließende kaufmännische Lehre. Zwei Jungen aus der Gruppe (I;3, I;4) wurden "sichtlich gebessert" nach Hause entlassen. Sie waren zunächst noch etwas ängstlich und leicht dysphorisch, aber auch ihr Zustandsbild stabilisierte sich nach einiger Zeit. Der eine Junge wiederholte nochmals die Klasse, beide erreichten einen regulären Schulabschluß und kamen anschließend in eine Lehre (Schlosserlehre/ Goldschmiedelehre), die sie ohne Mühe absolvierten.
Die Kinder aus der II. Gruppe wurden alle drei in "gutem

psychischen Zustand" entlassen. Abgesehen von einem amnestischen Syndrom, welches in mehr oder weniger ausgeprägtem Maße infolge der E-Schock-Behandlung für kürzere Zeit noch bestand, zeigten sie im Vergleich zu dem Verhalten vor Ausbruch der Psychose ein psychisch völlig unauffälliges Bild. Sie erreichten alle einen normalen Schulabschluß (Hauptschule) und schlossen eine Lehre an.

Die Kinder aus der III. Gruppe wurden in "gebessertem Zustand" entlassen. Auch von ihnen waren die meisten wieder kontaktfähig, aufgelockert, psychotische Symptome waren zum Zeitpunkt der Entlassung keine mehr nachweisbar. Ein Mädchen (III;1) war zwar gebessert, aber zum Zeitpunkt der Kliniksentlassung doch bereits defektuös verändert, so daß sie in ein Heim für behinderte Kinder gegeben wurde. Zwei andere Mädchen zeigten ebenfalls schon erste bleibende Defekte im Sinne eines intellektuellen Abbaus (III;6) bzw. im zweiten Fall (III;5) bestand Kontaktarmut, Affektverarmung und eine depressiv eingeengte Stimmungslage. Ein Junge beendete noch mit gutem Erfolg seine Schulzeit und begann eine Bäckerlehre, konnte diese aber nie beenden, da sie immer wieder durch weitere Schübe unterbrochen wurde. Von den sechs Kindern konnte nur noch ein Junge (III;3) eine reguläre Berufsausbildung beginnen; bei zwei Mädchen (III;2; III;6) versuchte man, sie in besonderen Arbeitsstätten für Behinderte (REHA-Werk) unterzubringen, was in beiden Fällen aber nach ungefähr einem bzw. eineinhalb Jahren scheiterte, da die Mädchen sich überfordert fühlten.
In der IV. Gruppe waren die Kinder bei Kliniksentlassung zwar ohne psychotische Symptome, aber in den meisten Fällen befanden sie sich in einem nur gebesserten Zustand. Bei fünf der sieben Jungen zeigten sich bereits die ersten Defekte. Nur noch zwei Jungen waren imstande, die Schule (Hauptschule-B-Zug) zu beenden. Ein Junge kam in ein Heim für behinderte Kinder zurück. Die anderen Kinder

blieben zuhause, halfen in der Landwirtschaft oder nahmen Hilfsarbeiterposten bzw. Gelegenheitsarbeiten an. Somit waren bereits bei der ersten Kliniksentlassung Unterschiede im psychischen Zustand der Kinder festzustellen, die Aufschlüsse geben konnten über den zu erwartenden Verlauf der Erkrankung und denen damit Signalwirkung zukommt für eine entsprechend intensive Nachbetreuung. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß 8 der 13 Kinder aus der III. und IV. Gruppe in ein Milieu entlassen wurden, das als ungünstiges zu bewerten ist, in dem Sinne, daß die Eltern nicht kooperativ waren, beziehungsweise unfähig, auf die Situation der erkrankten Kinder einzugehen und ihnen besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung zukommen zu lassen. Bei drei Jungen (IV,1; IV,4; IV,5) stand sogar die Familie dem erkrankten Kind ablehnend gegenüber. Diesen Fällen, bei denen es innerhalb weniger Jahre zu einem starken und weitgehenden Persönlichkeitsabbau kam, stehen drei Fälle gegenüber (III,1; III,2; III,3) bei denen durch intensive Betreuung der einsetzende Persönlichkeitsabbau zwar nicht ganz aufgehalten, jedoch stark abgebremst werden konnte. So war es z.B. möglich, daß ein Mädchen (III,1), welches in einem bereits stark defektuös verändertem Zustand in ein Heim für behinderte Kinder gegeben und dort bis zum 18. Lebensjahr intensiv betreut und gefördert wurde, noch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (17 Jahre nach Ausbruch der Psychose) in der Lage war, einen einfachen Hilfsarbeiterposten in einer Papierfabrik auszuüben. Auch im Fall III,3 konnte durch die positive Zuwendung des Stiefvaters, der immer wieder neue Lehr- und Arbeitsstellen für seinen Sohn suchte, erreicht werden, daß dieser zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zumindest in geringem Maße zur Aufrechterhaltung früherer Kontakte in der Lage war, und durch die intensive Unterstützung seiner Eltern fähig war, außerhalb der Anstalt ein bescheidenes eigenständiges Leben zu führen.
Bemerkenswerterweise handelte es sich in den prognostisch

günstigen Gruppen bei vier Kindern von acht um ein ausgesprochen gutes Milieu, wie aus den Angaben in den Krankenblättern zu entnehmen war. Bei einem Kind (I,2), welches aus einem unverständigen, etwas primitiven Milieu stammte, wurde nach dem Kliniksaufenthalt ein Milieuwechsel vorgenommen, worauf sich das Mädchen positiv entwickeln und entfalten konnte. Ein Junge (I,3) kam nach Kliniksaufenthalt zu einem uneinsichtigen, groben und etwas primitiven Vater zurück (die Mutter war gestorben), wo er sich gegen einige Schwierigkeiten durchsetzen mußte, was ihm jedoch gut gelang. Von diesem Jungen ist bekannt, daß er längere Zeit noch in ambulanter Nachbetreuung stand. Leider konnte aus den Angaben der Krankenblätter keine Hinweise darüber gewonnen werden, in welchen Fällen eine intensive Nachbetreuung, in Form einer regelmäßigen ambulanten Kontrolle zum Beispiel, durchgeführt wurde, um daraus Schlüsse ziehen zu können, inwieweit eine solche Nachbetreuung den Verlauf der Erkrankung mitbestimmen und positiv beeinflussen kann. Es wäre jedoch denkbar, daß eine Nachbetreuung für die Kinder eine entscheidende entlastende Stütze sein könnte in der Bewältigung auftretender Schwierigkeiten nach Kliniksaufenthalt (neue Klassenkameraden, neue Umgebung). Oftmals sind auch die Eltern überfordert und stehen hilflos ihren Kindern gegenüber, wie es mehrere Male bei Kindern aus der III. und IV. Gruppe der Fall war, wo man den Eindruck gewinnen konnte, daß das anfangs noch Erhaltene dadurch verkümmerte, daß es nicht gefördert wurde.
Auch EGGERS (1973) und STUTTE (1959) weisen auf die besondere Bedeutung der Haltung der Angehörigen für die soziale Readaptation der Kinder in der Remissionsphase hin.
Von therapeutischer Sicht aus sehen LUTZ (1964) und TRAMER in heilpädagogischen Bestrebungen einen entscheidenden Faktor, die Kontaktsuche und Einordnung in die Gemeinschaft zu fördern, etwa im Sinne einer Arbeitstherapie. HÄFNER, D.V. ZERSSEN und VOGT-HEYDER weisen da-

rauf hin, daß es in der Rehabilitation Schizophrener darauf ankomme, das kommunikative Potential der Patienten weitgehenst auszunutzen; durch Umschulung, Test- und Schulungsprogramme soll eine Eingliederung an der oberen Grenze der Leistungsfähigkeit gewährleistet werden, um sie somit vor einer Überforderung wie auch vor einer Unterforderung zu bewahren. Weiter soll eine emotionale Stabilität des Patienten und eine Verminderung der Belastungsfaktoren in der Umgebung (familiäre Überprotektion) erreicht werden, etwa durch Beratung der Familien, um das familiäre Spannungsniveau zu vermindern, welches aus der besonderen Belastung resultiert, zu der oftmals ein schizophrener Patient für seine Umgebung wird. Jedoch weisen WALTHER, v. ZERSSEN und VOGT-HEYDER aufgrund ihrer Erfahrungen in der Rehabilitation schizophrener Jugendlicher und Erwachsener auch auf die Gefahren hin, die diese für den Patienten mit sich bringen kann: Einmal durch eine Überforderung des Patienten, aus Ehrgeiz des Therapeuten, oder durch eine zu starke Bindung des Patienten an den Therapeuten aufgrund einer intensiven Nachbetreuung, die ein intensives emotionales Engagement des Patienten mit sich bringt, und damit auch eine Erhöhung der Rezidivgefahr bei äußerlich bedingter Unterbrechung oder Beendigung der Betreuung. Welch eine Gefährdung intensive Gefühlsbeziehungen für die Patienten bedeuten kann, ist aus den Untersuchungen von BROWN et al (1962) zu ersehen. Sie fanden, daß von 128 männlichen Schizophrenen ein Jahr nach der Entlassung aus der Anstalt diejenigen, die zu Verwandten zurückkehrten zu denen sie eine starke emotionelle Beziehung hatten (Schlüsselpersonen), eher ein Rezidiv bekamen als Patienten, die zu Verwandten mit einem geringeren Grad an emotioneller Bindung zurückkehrten. VON ZERSSEN und VOGT-HEYDER halten daher für die Rehabilitation von Schizophrenen eine möglichst extensive Nachbetreuung möglichst vieler Fälle für sinnvoller als eine intensive Betreuung weniger.

15. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden bei 26 ehemaligen Patienten, die als Kinder bzw. Jugendliche unter der Diagnose Schizophrenie behandelt wurden, katamnestische Erhebungen durchgeführt. Für die vorliegende Arbeit wurden 21 Fälle echter kindlicher und jugendlicher Schizophrenien berücksichtigt. Die katamnestische Frist betrug in der Regel zwischen 5 1/2 und 26 Jahren (nur in einem Ausnahmefall zwei Jahre), im Durchschnitt lag sie bei 16;2 Jahren.
Aufgrund des Grads der Sozialremission zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurden die 21 Fälle in vier Gruppen eingeteilt. Eine "praktische Ausheilung" bzw. eine gute Sozialremission bei geringgradigen Defekten wurde in acht Fällen (= 38 %)erreicht.
Das Erkrankungsalter lag in den beiden Gruppen mit schlechter Sozialremission unter dem der beiden Gruppen mit günstigem Verlauf. Alle vier kindlichen Schizophrenien hatten eine schlechte Prognose. Somit kommt dem Erkrankungsalter eine prognostische Bedeutung zu.
Im Gesamtmaterial waren die Knaben doppelt so häufig vertreten wie die Mädchen, jedoch ist aufgrund der Verteilung auf die verschiedenen Verlaufsgruppen kein Unterschied bezüglich der prognostischen Erwartungen festzustellen.
Dem Beginn der Erkrankung kommt eine prognostische Bedeutung zu: Die akut einsetzenden Verläufe haben eine günstigere Prognose.
Bei den verschiedenen Verlaufsformen ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede in der Anzahl der Episoden und der Dauer der ersten Krankheitsphase. Als prognostisch ungünstig erwies sich jedoch eine Wiedererkrankung innerhalb der ersten fünf Jahre bzw. als besonders ungünstig innerhalb des ersten Jahres nach Erkrankungsbeginn.
Die Ausbildung von Defekten bis spätestens zum dritten Schub konnte bestätigt werden.
Von den Ergebnissen der körperlichen und neurologischen

Untersuchungen wie auch von den EEG und Liquoruntersuchungen konnten keine prognostischen Aussagen abgeleitet werden.
Häufig fanden sich Angaben über eine primär gestörte sprachliche und statische Entwicklung, jedoch sind eindeutige prognostische Aussagen hieraus nicht abzuleiten.
Auffällige Primärpersönlichkeiten lassen einen ungünstigen Verlauf erwarten. Zwei Drittel der Kinder mit schlechter Sozialremission waren prämorbid bereits auffällig gewesen. Am häufigsten fanden sich Angaben über Kontaktstörungen und Einzelgängertum.
Intelligenz bzw. Schulbildung erwiesen sich nicht als prognostisch bedeutsame Faktoren. Pfropfschizophrenien haben eine schlechte Prognose.
Angaben über Geisteskrankheiten und Suizide im Erbumkreis schizophrener Kinder und Jugendlicher fanden sich sehr häufig: 14 von 21 Kindern waren erblich vorbelastet, am häufigsten mit Schizophrenien und Suiziden. Prognostische Aussagen waren daraus nicht abzuleiten.
Auffallend war eine Verschiebung zu den sozial schwächeren Schichten in der Gesamtgruppe.
Der Anteil an gestörten Familienverhältnissen (uneheliche Geburt, Verlust eines Elternteils durch Tod oder Scheidung) war sehr hoch (12 von 21 Familien), jedoch waren diese Befunde für den Verlauf nicht bedeutsam.
Einzelkinder waren häufiger in den Gruppen mit ungünstigem Ausgang zu finden, während die Heilungsaussichten bei Kindern aus kinderreichen Familien günstiger zu sein schienen.
Auslösende Faktoren kamen nur bei akut-remittierenden Verläufen mit überwiegend günstigem Ausgang vor.
Eindeutige Beziehungen zwischen Einzelsymptomen und dem Verlauf konnten nicht gefunden werden. Das Vorherrschen paranoider Ideen konnte in den günstigen Verläufen festgestellt werden, während bei den ungünstigeren Ausgängen symptomärmere Zustandsbilder mit vorwiegend Störungen im Antrieb und Kontaktverhalten und im affektiven Bereich

gefunden wurden.
Die verschiedenen Therapiemaßnahmen (I-Schock-Kur, E-Schock-Kur, Psychopharmaka) wurden in Abhängigkeit von dem jeweiligen Zustandsbild ergriffen. Eine Beziehung zwischen der Art der Therapie, der Anzahl der verabreichten Schocks und dem weiteren Verlauf des Krankheitsgeschehens konnte nicht festgestellt werden.
Kinder und Jugendliche, die innerhalb einer begrenzten Zeit nach der ersten Episode nicht ihren prämorbiden psychischen Zustand wieder erreichten, ließen einen ungünstigen Ausgang der Erkrankung erwarten.

ANTHONY, E.J.: An etiological approach to the diagnosis of psychosis in childhood. Acta paedopsychiat. 25 89-96 (1958)

BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J.W.: Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: BATESON, JACKSON, LAING, KIDZ, WYNNE u.a.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt 11-42 (1974)

BAUMANN, C., VEDDER, R.: Zur Frage der infantilen Schizophrenie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 156, 694-712 (1958)

BENDER, L.: Genesis in schizophrenia during childhood. Acta paedopsychiat. 25, 101-107 (1958)

- Theory and treatment of childhood schizophrenia. Acta paedopsychiat. 34, 298-306 (1968)

BENEDETTI, G., BLEULER, M., KIND, H. und MILKE, F.: Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941. Schwabe Stuttgart-Basel 1960

BLEULER, E.? Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie. Hrsg.: Aschaffenburg 6.: Teil 4. Wien-Leipzig: Deuticke 1911

BLEULER, M.: Vererbungsproblem bei Schizophrenen. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 1930

BLEULER, M., ANGST, J. u.a.: Die Entstehung der Schizophrenie, Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1971

BOSCH, G.: Psychosen im Kindesalter. Psychiatrie der Gegenwart Bd. II/I, 873-920, Klinische Psychiatrie, 2. Aufl. Springer, Heidelberg-Berlin-New York (1972)

BROWN, G.W., MONCK, E.M., CARSTAIRS, G.M., WING, J.K.: Influence of family life on the course of schizophrenic illness. zit. bei SMYTHIES: Biologische Psychiatrie dtv WR 4068, 28 (1970)

BÜRGER-PRINZ, H.: Prognose kindlicher Psychosen. Jb. Jugendpsychiat. 5, 36-46 (1967)

CORBOZ, J.R.: Reaktive Störungen bei Kindern Schizophrener Eltern. Congress Report of the IInd International Congress for Psychiatry, Zürich 1957, Vol III, 457- 462, Zürich: Orell Füssli 1959

DAUNER, I., REMSCHMIDT, H., ERMERT, A.: Phänomenologie und Funktion psychotischer Angst bei Kindern und Jugendlichen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 39, 246-266 (1971)

EGGERS, Ch.: Wahninhalte kindlicher und präpuberaler Schizophrenien. Acta paedopsychiat. 34, 326-340 (1967)

EGGERS, Ch.: Zwang und jugendliche Psychosen. Prax. Kinderpsychol. 18, 202-208 (1969)

EGGERS, Ch.: L'influence du milieu familial sur le cours de schizophrenies infantiles et prepubertaires. Rev. Neuropsychiat. infant. 20 157-166 (1972)

EGGERS, Ch.: Verlaufsweisen kindlicher und präpuberaler Schizophrenien. Springer, Berlin-Heidelberg-New-York: 1973

EGGERS, Ch., STUTTE, H.: Zur nosologischen Umgrenzung der kindlichen und präpuberalen Schizophrenie aus katamnestischer Sicht. Fortschr. Neurologie, Psychiatrie 37, 305-318 (1969)

EMMINGHAUS, H.: Die psychischen Störungen des Kindesalters zit. bei SPIEL, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters, S. Karger, 1 (1961)

FRIEDRICH: zit. bei SPIEL, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters. S. Karger, 1, (1961)

FISCHER, M.: Umweltfaktoren bei der Schizophrenie. Nervenarzt 43, 230-238 (1972)

GRAGE, H.: Zur Differentialdiagnose der endogenen Psychosen des Kindesalters. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Leipzig) 5, 29-34,(1953)

GRIESINGER, zit. bei SPIEL, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters. S. Karger, 1, (1961)

HACKSTEIN, F.G.: Rehabilitation Schizophrener - die Gruppentherapie und ihre Voraussetzungen. Nervenarzt 37, 164-168 (1966)

HÄFNER, H.: Rehabilitation bei Schizophrenen. Nervenarzt 39,385-389 (1968)

HÄFNER, H.: Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Nervenarzt 42, 557-568 (1971)

HARBAUER, H.: Endogene Psychosen im Kindesalter. In HUBER, G.: Schizophrenie und Zyklothymie. Thieme,Stuttgart 1969

HARTMANN, K.: Zur Psychopathologie der schizophrenen Psychose des Kindesalters, Nervenarzt 42, 262-267 (1971)

HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER: A long-term follow-up study of schizophrenia. Psychiatric course of illness and prognosis. Acta psychiat. scand. 52, 49-57 (1975)

JANZARIK, W.: Die Typologie Schizophrener Psychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 202, 140-154 (1961/62)

JAEGER, A.: Die Pubertätskrise aus dem Blickwinkel ihrer Weiterentwicklung. Med. Diss. Tübingen 1964

KAESS, M.: Katamnesen bei jugendlichen Schizophrenen. Nervenarzt 28, 421-422 (1957)

KAHLBAUM, W.: Über Heboidophrenie. Allg. Z. Psychiat. 46, 461 (1890) zitiert in: STUTTE, H.: Die Prognose der Schizophrenien des Kindes- und Jugendalters 323, 324; II. Int. Kongreß f. Psychiatric, Zürich 1957; Congress Report Vol. I, 323-333 (1959)

KOTHE, B.: Bild und Verlauf der Frühschizophrenie. Jb.f.Jugendpsychiatrie 1, 78-101 (1956)

KRAEPELIN, E.: Psychiatrie, 8. Aufl. Bd. III, Barth, Leipzig 1915

KRETSCHMER, W.: Reifung als Grund von Krise und Psychose, Thieme, Stuttgart 1972

KREVELEN, A. van: a) Prognosis of childhood neuroses and psychoses. Acta paedopsychiat. 34, 104-111 (1967)

- b) Childhood Schizophrenia. A review of nine cases. Acta paedopsychiat. 34, 379-387 (1967)

KRINGLEN, E.: Schizophrenia in male monozygotic twins. Acta psychiat. scand. zit. bei SMYTHIES, J.R.: Biologische Psychiatrie. dtv WR 4068, 3-5 (1970)

KRINGLEN, E.: Beiträge der neueren Zwillingsforschung zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie. In: BLEULER, ANGST: Die Entstehung der Schizophrenie. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1971

LANGEN, D., JAEGER, A.: Die Pubertät und ihre Weiterentwicklung. Arch. Psychiat., Nervenkr. 205, 19-36 (1964)

LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1972

LEMPP, R.: Psychosen im Kindes- und Jugendalter - Eine Realitätsbezugsstörung. Eine Theorie der Schizophrenie. Huber, Bern-Stuttgart 1973

LEMPP, R., VOGEL, B.: Untersuchungen zur kindlichen schizophrenie. Acta paedopsychiat. 33, 322-331 (1966)

LEONHARD, K.: Über kindliche Katatonien. Psychiat. Neurol., med. Psychol. (Leipzig) 12, 1-11 (1960)

LIDZ, Th., CORNELISON, A., FLECK, S., TERRY, D.: Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe. In: BATESON, JACKSON, LAING, LIDZ, WYNNE, u.a.: Schizophrenie und Familie. 108-126. Suhrkamp, Frankfurt: 1974

LOURIE, R.S., PACELLA, B.L., PIOTROWSKI, Z.A.: Studies on the prognosis in schizophrenia like psychoses in children. Amer. J.Psychiat. 99, 542-552 (1943) zit. bei EGGERS, Ch.: Verlaufsweisen kindlicher und präpuberaler Schizophrenien. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973

LUTZ, J.: Über Schizophrenie im Kindesalter. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 39, 335 (1937) und 40, 141 (1937)

LUTZ, J.: Kinderpsychiatrie. Endogene Psychosen. Schizophrenie. Rotapfel, Zürich-Stuttgart 1964

LUTZ, J.: Zur Frage der Entstehung der Schizophrenie. Beitrag der Kinderpsychiatrie. In: BLEULER, ANGST: Die Entstehung der Schizophrenie. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1971

MAUDSLEY, M.: Die Psychologie und Pathologie der Seele. (Böhm, Stuttgart 1870) zit. bei SPIEL, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters. S. Karger, 1, (1961)

MAUZ, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen; zit. in: EGGERS, Ch: Verlaufsweisen kindlicher und präpuberaler Schizophrenien. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973

MEGGENDORFER, F.: Klinische und geneologische Untersuchungen über moral insanity z.ges. Neurol. Psychiat. 66, 208 (1921) zit. in: STUTTE, H.: Die Prognose der Schizophrenien des Kindes- und Jugendalters; Congress Report Vol. I, 323/324 (1959)

MISES, R.: Neue Ansichten über die Beziehung zwischen Geistesschwäche und Psychose bei Kindern. Prax. Kinderpsychol. 22, 313-316

MOSSE, H.L.: Der Mißbrauch der Schizophreniendiagnose im Kindesalter. Jb.f. Jugendpsychiat. und ihre Grenzgebiete. Bd. II, 68-76 (1960)

NISSEN, G.: Milieufaktoren und spätere schizophrene Psychosen bei depressiven Kindern. Arch. Psychiat. Nervenkr. 214, 319-323 (1971)

RAUSCH, E.: Stellung in der Geschwisterreihe und Geschlecht der Geschwister in Beziehung zu psychischen Erkrankungen. Inaugural-Diss. Tübingen (1972)

REISBY, N.: Psychoses in children of schizophrenic mothers. Acta psychiat. scand. 43, 8-20 (1967)

SCARINCI, A.: Betrachtungen über einige psychopathologische Züge der beginnenden Schizophrenie. Acta paedopsychiat. 29 65-76 (1962)

SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 6. Aufl., Thieme, Stuttgart 1962

SEEBANDT, G.: Differentialdiagnostische Überlegungen zur Früherkennung der jugendlichen Pfropfschizophrenie. Prax. Kinderpsychol. 17, 47-50

SMYTHIES, J.R.: Biologische Psychiatrie. Entwicklung-Fortschritte-Ausblicke. Stuttgart: Thieme, dtv. WR 4068 (1970)

SPIEL, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters S.Karger, Basel, New York, 1961

SPIEL, W.: Schizophrenie im Kindesalter. paediat. prax. 6, 183-189 (1967) e.u.H. Marseille Verlag München

SPIEL, W.: Katamnesen bei kindlichen Psychosen. Ärztl. Praxis 23, Nr. 101, p. 4708ff (1971)

STOCKERT, F.G. von: Psychosen im Kindesalter. Jb.f. Jugendpsychiatrie I, 223-232 Huber, Bern-Stuttgart: 1956

STOCKERT, F.G. von: Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters. Urban und Schwarzenberg 1967

[illegible]: Der Formenkreis der endogenen Psychosen. In: HARBAUER, LEMPP, NISSEN, STRUNK: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin- Heidelberg-new-York: 1974.

[illegible]: Diagnose und Prognose jugendlicher Schizophrenien. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 21, 35-38 (1971)

[illegible]: Die Prognose der Schizophrenien des Kindes- und Jugendalters. II. Int. Kongress f. Psychiatrie, Zürich 1957 Congress Report Vol.1, 328-333, Zrück Orell Füssly 1959

[illegible]: Psychotische Störungen bei kindlichen Oligophrenen . Jb.f.Jugendpsychiat. 6, 181-134 (1967)

[illegible]: Psychosen des Kindesalters. In: OPITZ, H. und SCHMID, F.: Handbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin-Heidelberg-New York. 8/1, 908-914 (1969)

[illegible]: Über den Verlauf der Schizophrenien im Kindesalter. Z. ges. Neurol. und Psychiat. 142, 309-321 (1932)

SUCHAREWA, G.: Die Bedeutung der vergleichenden Berücksichtigung des Lebensalters für die Untersuchung der Verlaufsgesetzmäßigkeiten der Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen. Acta paedopsychiat. 32, 307-320 (1966)

[illegible]: The role of affect in the structure of schizophrenic psychosis of childhood. Acta paedopsychiat. 34, 355-362 (1968)

[illegible]: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, 396-399, Basel 1949

[illegible]: Meine Erfahrungen über die Schizophrenie im Kindesalter. Acta paedopsychiat. 25, 177-183 (1958)

[illegible]: Childhood schizophrenia as a problem of nosology. Acta paedopsychiat. 29, 337-342

TIENARI, P.: Psychiatric illness in identical twins. Acta psychiat, scand. 39, 9 (1963). Zit. in: SMYTHIES, J.R.: Biologische Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, dtv WR 4068 (1970)

USCHAKOV, G.K.: Symptomatologie der Initialperiode der im Kindes- oder Jugendalter beginnenden Schizophrenie. Psychiat. Neurol. med. Psychol., Leipzig, 17, 41-47 (1965)

VEDDER, R.: Openess and closeness in the schizophrenic and autistic child. Acta paedopsychiat. 34, 321-325 (1968)

VILLINGER, W.: Abnorme seelische Reaktionen im Kindesalter Mschr. Kinderheilk. 3, 101 (1951) zit. in GRAGE, H.: Zur Differentialdiagnose der endogenen Psychosen des Kindesalters. Psychiat., Neurol. med. Psychol. (Leipzig), 29-34 (1953)

VILLINGER, W.: Symptomatologie der kindlich-jugendlichen Schizophrenien. II. Internat. Kongress für Psychiatrie, Zürich 1957, Congress Report Vol.I, 345-350, Zürich: Orell Füssli 1959

VILLINGER, W.: Zum Problem der Kinderschizophrenie nebst DD und Prognose. Wien. med. Wschr. 109, 295-300 (1959)

VOGEL, B.: Katamnesen kindlicher und jugendlicher Psychosen. Inaugural-Diss. Tübingen 1966

VRONO, M.S.: Über einige Besonderheiten der Depressionen bei kindlichen Schizophrenien. Acta paedopsychiat. 41, 218-223 (1975)

WALTHER, R.: Zur Wertigkeit einiger Sozialfaktoren für die soziale Reintegration Schizophrener. Nervenarzt 39, 389-393

WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriss. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg: 1973

WIECK, Ch.: Schizophrenie im Kindesalter. Leipzig: Hirzel 1965

WILHELM, .: Kinder schizophrener Mütter. Acta paedopsychiat. 32, 203-222 (1965)

WYNNE, L.C., DAY, J., RYCKHOFF, I.M.: Die Verteidigung stereotyper Rollen in den Familien von Schizophrenen. In: BATESON, JACKSON, LAING, LIDZ, WYNNE u.a.: Schizophrenie und Familie. 168-180, Suhrkamp, Frankfurt 1974

WYNNE, L.C., RYCKHOFF, I.M., LAY,J., HIRSCH, S.J.: Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: BATESON, JACKSON, LAING, LIDZ, WYNNE u.a.: Schizophrenie und Familie, 44-80, Suhrkamp, Frankfurt 1974

ZERBIN-RÜDIN, E.: Das Anlage-Umwelt-Problem bei der Entstehung der Schizophrenie. Nervenarzt 42, 613-622 (1971)

ZERSSEN, D. von, VOGT-HEYDER, B.: Schwierigkeiten und Gefahren bei der Rehabilitation Schizophrener. Psychoth. med. Psychol., 19, 126-135 (1969)

Für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei der Ausführung der katamnestischen Untersuchungen danke ich Herrn Professor Spiel, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Neurologie für Kinder und Jugendliche der Universität Wien. Herrn Professor Lempp, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen, danke ich für die Betreuung und die Anregungen bei der Anfertigung der Dissertation.

LEBENSLAUF

Am 8.05.1951 wurde ich, Susanne, Elfriede Wagner, als Tochter des Rektors Albert Wagner und seiner Ehefrau Elfriede Wagner, geborene Jochum, in Neuenstadt am Kocher geboren.

Von 1958 bis 1962 besuchte ich die Volksschule in Gundelsheim und trat anschließend in das Albert-Schweitzer-Gymnasium in Neckarsulm über, wo ich 1970 das Abitur ablegte.
Nachdem ich ein Semester Biologie an der Universität Heidelberg studiert hatte, wechselte ich zum Sommersemester 1971 zum Medizinstudium an die Universität Freiburg über, wo ich am 21.03.1972 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und am 26.09.1973 die ärztliche Vorprüfung bestand. Die ersten beiden klinischen Semester studierte ich an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien (Österreich). Das folgende dritte klinische Semester absolvierte ich an der Universität Freiburg und wechselte zum Sommersemester 1975 an die Universität Tübingen über, wo ich am 11.07.1977 die ärztliche Prüfung bestand.